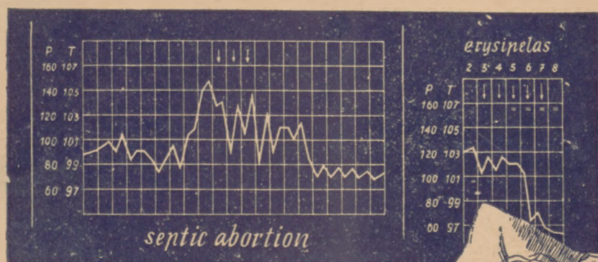
Wiadomości Terapeutyczne

Nr 1

50 lat istnienia  środków leczniczych

252

1938





We wszystkich schorzeniach wywołanych przez paciorkowce

Prontosil

środek chemoterapeutyczny

wskazany przy róży, w anginach, posocznicach po porodzie i po poronieniu, w zakaźnych zapaleniach stawów oraz zapaleniach miedniczek nerkowych i pęcherza moczowego.

Zapobiegawczo przed porodami i operacjami.

Jednakowo dobra tolerancja stosowania doustnego jak i wstrzykiwań domięśniowych.

Opakowania oryginalne:

Prontosil rubrum i Prontosil album w tabletkach:
rurki po 20 tabletek à 0.3 g
opak. kliniczne „ 250 „ „ 0.3 g

Prontosil solubile:
opak. kliniczne po 25 ampułek à 5 cm³.

Pięćdziesiąt lat
ISTNIENIA
1888 BAYER 1938
ŚRODKÓW LECZNICZYCH



»Bayer«
LEVERKUSEN n/R.
Wyłączne Przedstw. na Rzeczpospolitą Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA“
Warszawa, Złota 7.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK STYCZEŃ — LUTY

ROK IX 1938 NUMER 1

Prof. E. VOGT, dyrektor oddziału ginekologicznego szpitala im. Henryka Brauna.

ZNACZENIE WYCHOWANIA FIZYCZNEGO DLA FIZJOLOGII NARZĄDU PŁCIOWEGO KOBIETY.

(Referat według Medizinische Klinik 1936, Nr 26).

Różnice w budowie fizycznej i w układzie psychicznym między mężczyzną i kobietą są bardzo duże i powszechnie znane, pomijając jednak nawet te zasadnicze odrębności obu płci, należy jeszcze zwrócić uwagę na fakt, że kobieta podczas swego rozwoju podlega okresowym zmianom związanym z jajeczkowaniem i miesiączkowaniem; zmiany te wywierają zawsze wybitny wpływ na wszystkie czynności życiowe kobiety i wymagają uwzględnienia również w ważnej sprawie wychowania fizycznego.

Wystąpienie pierwszego miesiączkowania wymaga zarówno fizycznego jak i psychicznego oszczędzania młodej dziewczyny. Zajmowanie się sportami należy uregulować w odpowiedni sposób. Ćwiczenia sportowe wolno wykonywać jedynie z przestrzeganiem pewnych ostrożności i z uwzględnieniem ogólnej wydolności fizycznej. Wszelkie nadmierne wysiłki są w tym okresie bezwarunkowo przeciwwskazane.

Kobiety przyzwyczajone do sportów mogą nawet podczas ciąży, a zwłaszcza w ciągu pierwszych 6 lub 7 miesięcy, bez żadnych obaw zajmować się sportami, jeśli były uprzednio do nich przyzwyczajone, jednakże pod warunkiem przestrzegania nakazów ostrożności. Wielokrotnie mogliśmy się przekonać, że w 4. lub 5. miesiącu ciąży następują krwawienia lub poronienia, czyli przedwczesne przerwanie ciąży, zwłaszcza w okresach odpowiadających miesiączkowaniu. W czasie tym istnieje niewątpliwie nadmierna wrażliwość gładkich włókien mięśniowych macicy, która zmusza do liczenia się z tą niezwykłą pobudliwością. Nieco energiczniejsze ćwiczenia fizyczne, zwiększające ciśnienie krwi, wywołujące zmęczenie lub podniecenie i wpływające niepomyślnie na stan psychiczny, mogą wywołać bardzo poważne zaburzenia pod postacią





krwawień lub skurczów, kryjących w sobie zawsze poważne niebezpieczeństwo poronienia. Na początku ciąży kobiety powinny się więc liczyć z tą ewentualnością i w zwykłych okresach miesiączkowania unikać wszelkich nadmiernych wysiłków sportowych.

Poglądy na znaczenie ćwiczeń cielesnych w okresie menopauzy i podczas starzenia się są zupełnie jednomyślne: wszyscy autorzy zgodnie uważają, że w tym okresie życia sporty są bardzo wskazane dla pobudzenia przemiany materii i do zapobiegania nadmiernej otyłości. Niezbędne tu jest jednak pewne umiarkowanie i unikanie wszelkich forsownych ćwiczeń, któreby mogły zbyt gwałtownie zwiększać ciśnienie krwi.

W sprawie doboru odpowiednich ćwiczeń cielesnych należy w większym niż dotychczas stopniu uwzględniać konstytucję kobiety. Cenne usługi może w tej sprawie oddawać zwłaszcza lekarz domowy. Kobietom należącym do różnych typów konstytucjonalnych (typ asteniczny, delikatny i dziecięcy, typ pikniczny, typ mięśniowo-atletyczny) należy polecać zupełnie odrębne ćwiczenia fizyczne. Ćwiczenia obciążające w wielkim stopniu pas barkowy mogą np. u kobiet typu atletyczno-piknicznego wywołać niepożądane zmiany ogólnej sylwetki kobiecej. Pod wpływem tych ćwiczeń cechy wyglądu kobiecego zatracają się, zarysy figury stają się ostrzejsze, ilość tkanki tłuszczowej zmniejsza się i pas barkowy zdobywa przewagę charakterystyczną dla mężczyzn. Wytwarza się w ten sposób typ męski, jak to czasem widzimy u siłaczek zawodowych.

Każdy typ odrębny, typ konstytucjonalny, typ asteniczny, typ mięśniowo-atletyczny, typ heteroseksualny wymaga odpowiednio dostosowanych ćwiczeń fizycznych, dzięki którym można do pewnego stopnia wyrównać niższość istniejącą w każdym czystym typie charakterystycznym. Rozumie się tu samo przez się, że interwencja nasza może się okazać skuteczna jedynie w okresie trwania rozwoju, czyli najpóźniej do 21. lub 22. roku życia.

Jako przykład sportu zupełnie dla kobiet nieodpowiedniego wymienimy tu energiczne ćwiczenia zapaśnicze, które wymagają zawsze szczególnych wysiłków ze strony pasa barkowego; z tego też powodu lekarze sportowi i profesorowie gimnastyki słusznie odradzają kobietom zajmowanie się sportem zapaśniczym.

Wielkie natomiast znaczenie z punktu widzenia fizjologii narządu płciowego kobiety przypisujemy zwłaszcza pływaniu. Po nauczeniu się pływania w specjalnej szkole sport ten kobiety mogą następnie uprawiać przez całe życie. Nie ulega żadnej wątpliwości, że pływanie wzmacnia mięśnie krocza oraz mięśnie ściany brzusznej. Pływanie pogłębia oddech, zmniejsza zastój w żyłach nóg i miednicy, wyrównywa rozstęp mięśni prostych brzucha, zapobiega wytwarzaniu się brzucha zwisającego, wreszcie zachowuje pierwotną elastyczność żył i chroni przed wytwarzaniem się żylaków.

Piśmiennictwo o wpływie ćwiczeń cielesnych na fizjologię narządu płciowego u kobiet jest już bardzo obszerne; prawie wszyscy autorzy omawiają oddzielnie wpływ sportu na kobiety z miesiączkowaniem prawidłowym i nieprawidłowym. Szczegółowe obserwacje przeprowadzone na kolosalnym materiale przez kobiety-lekarki na uczennicach poświęcających wiele czasu ćwiczeniom fizycznym, na kobietach - sportsmenkach i kobietach - nauczycielkach sportu wykazały, że sport stanowczo nie wpływa niepomyślnie na prawidłowe miesiączkowanie. W znakomitej większości przypadków należało nawet uznać, że wpływ ćwiczeń cielesnych był raczej wyraźnie dodatni. Zasługuje pod tym względem na uwagę następujące spostrzeżenie: robotnice pracujące fizycznie i uprawiające jakikolwiek sport nie uważają miesiączkowania za przeszkodę do normalnego odbywania swych zwykłych ćwiczeń, natomiast uczennice kończące licea postępują inaczej i większość spośród nich unika sportu podczas miesiączkowania.

Co się tyczy wahań wydolności mięśniowej podczas miesiączkowania, to na podstawie codziennych badań, wykonywanych w czasie od 2 do 12 miesięcy, stwierdziliśmy, że podczas miesiączkowania sprawność czynnościowa mięśni zmniejsza się nieznacznie, a w okresie międzymiesiączkowym i przedmiesiączkowym zwiększa się wyraźnie.

Miesiączkowanie bolesne przedstawia zwykle objaw niedomogi rozwoju ogólnego lub płciowego; w znacznej większości przypadków uprawianie sportów wpływa pomyślnie na te tak częste i dokuczliwe zaburzenia. Jeżeli dzięki ćwiczeniom fizycznym ogólny stan zdrowia się poprawia i układ nerwowy staje się odporniejszy, to samopoczucie młodej kobiety zwykle się wzmacnia do tego stopnia, że może ona już znacznie łatwiej znieść bóle i dolegliwości związane z miesiączkowaniem, bez żadnego jednoczesnego osłabienia fizycznego lub psychicznego.

Odpowiednia gimnastyka usuwa często zaparcie. Podczas krwawień macicznych sporty są bezwarunkowo zakazane. Szmery anemiczne w sercu, stwierdzane często u młodych dziewcząt w okresie rozwoju, nie stanowią przeciwwskazania do uprawiania sportu, pod warunkiem stałej kontroli lekarskiej.

Miesiączkowanie skąpe, niedostateczne lub zupełny brak miesiączkowania mogą się doskonale poprawić pod wpływem ćwiczeń sportowych. W przypadkach takich niedomogowych zaburzeń w miesiączkowaniu, sporty, wykonywane umiejętnie i w granicach rozsądku, przedstawiają doskonały środek na wzmocnienie stanu ogólnego, pobudzenie czynności życiowych całego ustroju i stworzenie odpowiednich warunków, aby okresowa czynność jajników i macicy mogła przebiegać zupełnie prawidłowo.

Co do pytania, czy podczas miesiączkowania dozwolone jest pływanie, wszystkie kobiety-lekarki, lekarze i nauczyciele sportów zgodnie zaznaczają, że w tym okresie pływanie nie jest wskazane. Już nawet pomijając wszelkie zastrzeżenia higieniczne należy uznać, że podczas miesiączkowania niebezpie-

czeństwo zakażenia i zaziębienia jest znacznie większe i że układ krążenia jest bardziej chwiejny niż zwykle.

Streszczając się, możemy więc powiedzieć, że podczas miesiączkowania uprawianie sportów jest zasadniczo dozwolone, jednakże pod warunkiem nie przekraczania przeciętnych norm. Wszelkie próby rekordów i wielkich wyczynów są natomiast przeciwwskazane i należy ich w miarę możności unikać.

Na podstawie swych spostrzeżeń dotyczących wpływu ćwiczeń fizycznych na kobiece narządy płciowe autor dochodzi do następujących wniosków: młode dziewczęta powinny rozpoczynać uprawianie sportów już w wieku wczesnym, najlepiej w wieku szkolnym i powinny stopniowo przyzwyczajać się w ten sposób do systematycznej kultury fizycznej. Pod względem płodności nie stwierdza się żadnych różnic między kobietami-sportsmenkami i kobietami nie uprawiającymi sportów. Natomiast ciąża, poród i połóg przebiegają u kobiet, które regularnie zajmują się ćwiczeniami cielesnymi, znacznie pomyślniej, gdyż organizm przyzwyczajony do wysiłków fizycznych znosi znacznie łatwiej wszelkie trudności związane z ciążą, następnie mięśniowa praca porodowa jest skuteczniejsza i wreszcie w okresie poporodowym można szybko powrócić do dawnego czynnego trybu życia.

Kobiety, które podczas ciąży nadal wykonywały systematycznie swe zwykłe ćwiczenia gimnastyczne lub pływały albo jeździły konno, bardzo rzadko skarżą się w ostatnich miesiącach ciąży na bóle lędźwiowe lub bóle o cechach rwy kulszowej albo na kurcze w łydkach. Wszystkie te przykre dolegliwości zależą od zmian statycznych i mechanicznych, związanych z przemieszczeniem środka ciężkości ciała oraz od zwiotczenia stawów miednicy podczas ciąży. Kobiety, które gimnastykują się w okresie poporodowym, na co w wielu klinikach zwraca się dużą uwagę, zachowują zwykle dobrą budowę i przeważnie nie potrzebują nosić pasa brzusznego. Ponad to gimnastyka zapobiega zanikowi mięśni, nadmiernemu odkładaniu się tłuszczu, skłonności do zakrzepów, pobudza apetyt, sprzyja wydzielaniu się mleka i przeciwdziała zaparciu.

U kobiet, które przed zawarciem małżeństwa zajmowały się zawodowo sportami, nie stwierdza się żadnego niepomyślnego wpływu ćwiczeń fizycznych na przebieg ciąży. Raczej wprost przeciwnie, zawsze jesteśmy wprost zdziwieni, jak wielkie wysiłki mogą z powodzeniem pokonywać takie kobiety pomimo swego stanu. Artystki kabaretowe lub cyrkowe muszą często nadal pracować podczas ciąży i popisują się czasami jeszcze w 7. lub 8. miesiącu. Pomimo tak daleko posuniętej ciąży wykonywują one z powodzeniem swe publiczne ćwiczenia gimnastyczne, akrobatyczne lub atletyczne oraz codzienne uciążliwe ćwiczenia treningowe.

Obawy, że zawodowa praca sportowa mogłaby szkodzić kobietom, zmniejszając giętkość i elastyczność mięśni krocza, utrudniając ich rozszerzanie się podczas porodu i wywoływać zaburzenia w mechanizmie porodowym, są zupełnie

nieuzasadnione. Jeżeli czasami stwierdzamy nawet niedostateczną elastyczność krocza, to zależy to nie od zawodowego uprawiania sportów, lecz raczej od wrodzonego typu konstytucjonalnego, obdarzonego mocnymi mięśniami i niepodatnymi tkankami bez tłuszczu. Sport lub praca zawodowa mogą jeszcze spotęgować te skłonności konstytucjonalne i doprowadzić nawet do istotnych odchyleń od normy. Nieprawidłowości tego rodzaju stwierdzamy najczęściej u kobiet należących do typu atletycznego, pikniczno-mięśniowego lub męskiego.

Związek między uprawianiem sportu i pochyleniem w tył macicy wydaje się zupełnie nieprawdopodobny. Opisywano jedynie bardzo rzadkie i trudne do stwierdzenia przypadki, w których pod wpływem gwałtownych urazów fizycznych dochodziło jakoby do wytworzenia się tyłozgięcia macicy.

Zaznaczamy jeszcze, że gimnastyka, uprawiana podczas ciąży, nie wywiera żadnego szkodliwego wpływu na położenie płodu.

W przypadkach chorób narządów płciowych kobiecych gimnastyka i sporty mogą się czasami okazać pożyteczne. Kobiety asteniczne odczuwają często wrażenie opadnięcia macicy, pomimo że obniżenia nie stwierdza się wcale albo jest ono zaledwie bardzo umiarkowane. W przypadkach tego rodzaju wszelkie ćwiczenia gimnastyczne są bardzo pożyteczne, zwłaszcza jeżeli wzmacniają one mięśnie miednicy i ściany brzusznej. Również kobiety, które z powodu tylnego pochylenia macicy albo opadnięcia macicy lub pochwy muszą nosić odpowiednie pessaria, doznają pod wpływem gimnastyki znacznej poprawy i odczuwają wielką ulgę. Ćwiczenia fizyczne wpływają dodatnio nietylko na mięśnie prążkowane krocza i ściany brzusznej, lecz w związku z poprawą ukrwienia wzmacniają jednocześnie i mięśnie gładkie przebiegające w wiązadłach macicy. Wiązadła okrągłe, szerokie i maciczno-krzyżowe zawierają liczne gładkie włókna mięśniowe, których wydolność kurczowa może się wahać w bardzo szerokich granicach. U kobiet słabowitych mięśnie te znajdują się w stanie zaniku i są bardzo wątłe, natomiast u kobiet wysportowanych mięśnie te mogą się doskonale rozwinąć i pokonywać bez trudu nawet większe wysiłki.

U astenicznych kobiet, które jeszcze nie rodziły, systematyczna gimnastyka w połączeniu z uprawianiem sportów wpływa pomyślnie na opuszczenie trzew; wskazane tu są zwłaszcza ćwiczenia wzmagające napięcie osłabionych mięśni krocza i ściany brzusznej. U kobiet, które rodzą po raz pierwszy po 25. roku życia i które wskutek pewnego osłabienia konstytucjonalnego lub wskutek niedostatecznej opieki po porodzie wykazują objawy opuszczenia trzew, można, jeżeli chora nie przekroczyła 30 lat, doprowadzić do ustąpienia tych zaburzeń za pomocą długotrwałych systematycznych ćwiczeń fizycznych.

Wiemy z doświadczenia, że w większości przypadków skargi pacjentek zależą nie tyle od istotnego nieprawidłowego ułożenia narządów płciowych ile od przykrych czynnościowych wrażeń podmiotowych. Z powyższego względu mówimy o „wrażeniu opadnięcia“, które możemy skutecznie leczyć jedynie

drogą zachowawczą za pomocą odpowiedniego leczenia ogólnego i gimnastyki, która daje nam przeważnie doskonałe wyniki.

Autor uważa za bardzo pożądane, aby każda młoda dziewczyna lub kobieta przed przystąpieniem do ćwiczeń gimnastycznych lub sportowych poddała się dokładnemu ogólnemu badaniu lekarskiemu. Jeżeli badanie to wykazuje objawy jakichkolwiek zmian w narządach brzusznych, to niezbędne jest jeszcze dodatkowe badanie ginekologiczne przez doświadczonego specjalistę. Badanie ginekologiczne staje się bezwarunkowo potrzebne zwłaszcza w tych przypadkach, w których uprawianie sportów pociąga za sobą zaburzenia ze strony narządów płciowych.

Wnioski ostateczne: Ćwiczenia fizyczne wpływają bardzo pomyślnie na fizjologię narządów rozrodczych kobiety. Każdy lekarz powinien więc obecnie uważać za swój obowiązek, aby w miarę możności sprzyjać propagowanym powszechnie dążeniom, mającym na celu udostępnienie dobrodziejstw wychowania fizycznego kobietom ze wszystkich warstw społecznych.

Dr JERZY JASIEŃSKI, Ordynator Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. G. Narutowicza w Krakowie.

O WARTOŚCI UŚPIENIA EVIPANOWEGO W DUŻEJ CHIRURGII NA PODSTAWIE 1800 WŁASNYCH SPOSTRZEŻEŃ.

(Referat według Chirurga Polskiego, 1937. Nr. 6).

Sprawa wyboru środka usypiającego nie przestaje być ciągle zagadnieniem aktualnym. Uśpienie eterowe — zdobycz połowy XIX wieku — pomimo rozkwitu chirurgii i wprowadzenia wielu innych sposobów znieczulania, przetrwało bez zmiany do dnia dzisiejszego. A przecież wiadomo powszechnie, że uśpienie eterowe sprowadza ciężkie zaburzenia narządów wewnętrznych. Doświadczenie kliniczne wykazało ponad wszelką wątpliwość, że operację znoszą źle ci chorzy, którzy źle znoszą uśpienie, że wybór środka znieczulającego jest niezmiernie pod tym względem ważny, że częstokroć decyduje nawet o wyniku zabiegu i że w znacznym stopniu zmniejszamy ryzyko operacyjne, stosując nieszkodliwy środek znieczulający. Takim niewątpliwie nieszkodliwym środkiem usypiającym jest sól sodowa evipanu.

Przed 2 laty na XXVIII Zjeździe Chirurgów Polskich w Krakowie autor podzielił się swymi spostrzeżeniami, opartymi na 80 dożylnych uśpieniach evipanowych wyłącznie przy dużych zabiegach chirurgicznych; dziś czyni to po raz drugi, opierając się jednak już na przeszło 1½ tysiącznym materiale klinicznym.

Liczne badania i doświadczenia kliniczne wykazały w międzyczasie, że uśpienie evipanowe nie pociąga za sobą szkodliwych dla chorego następstw. Evipan nie wywiera szkodliwego działania ubocznego na żaden z ważnych dla życia narządów. Nie uszkadza przede wszystkim serca ani nie upośledza krążenia. W czasie głębokiego uśpienia ciśnienie krwi opada w nieznacznym tylko stopniu, powraca jednak do normy już w kilka minut po zaprzestaniu dalszego wprowadzania preparatu. Uśpienie evipanowe nie odbija się również prawie wcale na tętnie, którego wypełnienie nie ulega przeważnie żadnym zmianom.

Evipan nie wywołuje kwasicy pooperacyjnej i nie sprowadza zaburzeń odruchowych na początku uśpienia; zaburzenia te spostrzegane niejednokrotnie przy narkozie inhalacyjnej mogą nawet prowadzić do zatrzymania akcji serca na drodze odruchowej. Autor stosował zresztą evipan w szeregu przypadków ciężkich organicznych schorzeń mięśnia sercowego, wsierdzia i osierdzia, u chorych z niewyrównaną wadą serca, zarówno z ostrym jak i przewlekłym zapaleniem mięśnia sercowego w okresie niewydolności krążenia, w przypadkach, w których wszelkie inne uśpienie było stanowczo przeciwwskazane. Chorzy ci zawsze bardzo dobrze znosili uśpienie evipanowe, a dzięki niemu i zabieg operacyjny. Ze względu na to, że evipan nie wywiera żadnego niemal wpływu na ciśnienie krwi, względnie obniża je tylko nieznacznie, słusznie znalazł zastosowanie również przy wstrząsach, silnych skrwawieniach i ciężkim zakażeniu ogólnym. Autor stosował evipan u tego rodzaju chorych dziesiątki razy i nigdy nie miał powodu żałować wyboru sposobu znieczulenia.

Autor zaznacza następnie, że nie zna żadnych przeciwwskazań do uśpienia evipanowego, nie obserwowano bowiem dotychczas szkodliwego wpływu evipanu nie tylko na serce i krążenie, lecz również na narząd oddechowy, układ nerwowy i narządy miąższowe. Wszystkie opisywane w piśmiennictwie powikłania i przypadki śmierci przypisać należy wyłącznie nagłemu przedawkowaniu z powodu zbyt szybkiego wstrzykiwania preparatu, co jest niczym nie uzasadnionym błędem sztuki. O wielkości dawki decydują wyłącznie osobnicze właściwości chorego i zabieg jaki ma być wykonany. Rozpiętość dawek jest wielka, zawsze jednak należy poprzestawać na najmniejszej dawce niezbędnej do wykonania zabiegu.

Według ostatniego zestawienia *Weesego* wykonano dotychczas ponad 3 miliony uśpień evipanowych, przy czym śmiertelność wyraża się cyfrą 1 : 50000, a więc jest conajmniej dziesięciokrotnie mniejsza niż po uśpieniu eterowym.

Jeśli chodzi o system nerwowy, to evipan należy uważać za znakomity i wprost bezkonkurencyjny środek usypiający. Niektórzy autorzy twierdzą nawet, że evipan działa bezpośrednio na ośrodek snu i że stan uzyskany po wstrzyknięciu preparatu nie jest właściwie, ściśle rzecz biorąc, narkozą lecz głębokim snem, w którym podniety bólowe nie dochodzą do świadomości chorego.

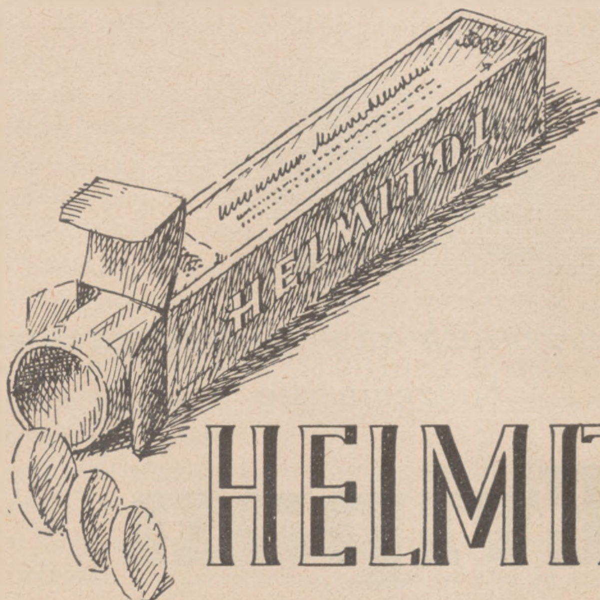
Podawanie przed uśpieniem evipanowym morfiny z atropiną czy pantoponu autor ograniczył wyłącznie do ludzi młodych i silnych oraz osób bardzo nerwowych. Ma to tę stronę dodatnią, że zapewnia sen spokojny, głęboki i długotrwały.

Evipan nie okazuje też zupełnie szkodliwego wpływu na wątrobę i nerki, w przeciwieństwie do innych środków usypiających. Autor od dwóch lat wszystkie zabiegi na drogach żółciowych i moczowych przeprowadza wyłącznie w uśpieniu evipanowym. Autor operował szereg przypadków ciężkiej długotrwałej żółtaczki, wykonał nawet rozległą resekcję wątroby — i nigdy nie widział powikłań, któreby można było przypisać uśpieniu. Podobny wniosek można wyciągnąć również z zabiegów wykonanych na drogach moczowych, nawet przy niedomodze nerek i mocznicy. W żadnym zresztą z ciężkich zatruć ogólnych autor nie widzi przeciwwskazania do uśpienia evipanowego i ma raczej głębokie przekonanie, że tylko to uśpienie może być naprawdę przez tych chorych dobrze zniesione.

Na podstawie własnego doświadczenia klinicznego autor z całą stanowczością zaznacza, że szereg ciężkich stanów chorobowych, uważanych przez niektórych autorów za przeciwwskazania do uśpienia evipanowego, w istocie rzeczy tych przeciwwskazań nie przedstawia. Autor uważa, że wszelkie przypadki, wymagające znieczulenia jak najmniej toksycznego nadają się szczególnie właśnie do uśpienia evipanowego.

O technice uśpienia evipanowego pisano już tyle, że autor ogranicza się do zaznaczenia, że evipan wstrzykuje się powoli i w miarę potrzeby wznawia się dawki uzupełniające. To dostrzykiwanie preparatu pozwala na wprowadzenie w ciągu dłuższego czasu 20 i więcej cm^3 evipanu.

Kto raz zaczął stosować evipan, wyrzeknie się niewątpliwie innych środków, a już najlepszą propagandą uśpienia tym środkiem są głosy i spostrzeżenia lekarzy operowanych w tym uśpieniu. Mówi się bez końca, że wybór środka usypiającego należy uzasadniać przede wszystkim od stanu chorego. Jeżeli tak jest, to wybór powinien padać najczęściej na evipan, ponieważ spełnił on pokładane w nim nadzieje w wyższym stopniu niż się tego po nim początkowo spodziewano. Evipan powinien z biegiem czasu wyprzeć uśpienie eterowe.



HELMITOL

udoskonalony preparat heksametylenotetraminy

Helmitol odznacza się przyjemnym smakiem.

Do właściwego leczenia stanów zapalnych dróg moczowych i żółciowych. Do pomocniczego wewnętrznego leczenia rzeżączki. Do zapobiegania zapaleniom nerek, miedniczek nerkowych i pęcherza moczowego w związku z grypą, płonicą, durem itd.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

rurki po	*20*	*tabletek à*	*0,5 g*	*zł. 2.80*
opak. klin. „	*250*	*„ „*	*0.5 g*	*„ 28.65*

Uwaga: Helmitol wyrabia w Polsce firma „Polpharma" w Starogardzie.

Pięćdziesiąt lat
ISTNIENIA
1888 BAYER 1938
ŚRODKÓW LECZNICZYCH

»Bayer«
LEVERKUSEN n/R.
Wyłączne Przedstw. na Rzeczpospolitą Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawa, Złota 7.

Dr STANISŁAW KULESZA, asystent oddziału.

Z oddziału Obserw. Szpit. Św. Stanisława w Warszawie. Kierownik Doc. dr Jakub Węgierko.

PRÓBY STOSOWANIA PRONTOSILU W DURZE BRZUSZNYM.

(Streszczenie według Medycyny, 1937, Nr 16).

Zachęcające, wyniki, jakie osiągano przy leczeniu chorób wywołanych paciorkowcami za pomocą Prontosilu i preparatów o pokrewnej budowie chemicznej, skłoniły autora do zastosowania tego środka również w durze brzusznym.

Ponieważ lecznicze działanie Prontosilu powstało najprawdopodobniej na gruncie czystej empirii, wydawałoby się usprawiedliwionym wypróbowanie tego środka również w durze brzusznym, tym bardziej, że nie rozporządzamy dotąd żadnym środkiem, mającym wybitniejszy wpływ leczniczy na przebieg duru brzusznego.

Autor stosował Prontosil w 26 przypadkach duru brzusznego w różnych okresach choroby. Dobierał przeważnie przypadki cięższe z wybitną intoksykacją durową lub też przypadki przeciągające się (gorączkujące) ponad zwykły czas trwania choroby oraz nawroty duru brzusznego.

Autor stosował Prontosil rozmaicie, zależnie od otrzymanego wyniku leczniczego. Dokładny opis dawkowania znaleźć można w przytoczonych historiach chorób.

I. Chory B. W. l. 13; (ks. oddz. 542) przybył dn. 27.II. 1937 r. w 2. tygodniu choroby. Stan obecny: chory przytomny, budowa prawidłowa, odżywienie dostateczne, ciepłota ciała 39°, tętno 100 na min. Język obłożony szarym nalotem, wilgotny. Na skórze brzucha widoczna wyraźnie różyczka durowa. Śledziona powiększona.

W moczu odczyn dwuazowy dodatni. Krwinek białych 5.600 z czego obojętnochłonnych razem 55% (pałeczk. 5%, podzielonych 50%), limfocytów 42%, monocytów 3 proc. Odczyn zlepny Widala, wykonany w końcu 2-go tygodnia choroby, dodatni w rozcieńczeniu 1 : 200.

W 4-tym dniu pobytu chorego w szpitalu, a w 12-tym dniu choroby przy ciepłocie ciała 40° rozpoczęto leczenie Prontosilem (domięśniowo). Prontosil wstrzykiwano zawsze w godzinach rannych.

Po porannym zastosowaniu Prontosilu już wieczorem ciepłota ciała obniżyła się nieznacznie. Następnego dnia w godzinach rannych ciepłota ciała doszła prawie do normy (37,0° C) lecz wieczorem spostrzegamy już wzrost ciepłoty, sięgającej ponad 38°. Co się tyczy dni następnych, to ciepłota ciała wahała się w granicach 37 — 38° C, aby w 6 dni po wprowadzeniu Prontosilu ustąpić całkowicie.

Co się tyczy objawów ogólnych, to już po pierwszym wstrzyknięciu poczucie chorego poprawiło się znacznie i ulegało z dniem każdym jeszcze większej poprawie. Śledziona w 3. dniu po zastosowaniu Prontosilu zmniejszyła się wy-

raźnie, a morfologicznym badaniem krwi stwierdzono powrót do normalnego obrazu krwi. Chory po 2 tygodniach, licząc od dnia ostatecznego spadku ciepłoty, opuścił szpital.

Jak widzimy w przypadku tym wystarczyły 2 wstrzyknięcia Prontosilu wykonane dzień po dniu.

II. Chory M. W. l. 58: przybył 7.IV.1937 r. Zachorował przed 2 tygodniami.

Stan obecny: chory przytomny, budowa prawidłowa, odżywienie złe. Język suchy, nieobłożony. Pod kątem łopatki po stronie prawej przytłumienie odgłosu opukowego, w tym miejscu oddech oskrzelowy i rzężenia wilgotne średniobańkowe, bezdźwięczne. Śledziona wyczuwalna.

W moczu, poza dodatnim odczynem dwuazowym, zmian nie ma. Krwinek białych 3900, z czego obojętnochłonnych 56%, limfocytów 43%, monocytów 1%. Odczyn zlepny Widala, wykonany w 16-tym dniu choroby, wypadł dodatnio w rozcieńczeniu 1 : 400.

W 4. dniu pobytu w szpitalu, a w 16. dniu choroby zastosowano Prontosil domięśniowo.

W przypadku tym w odróżnieniu od pierwszego zastosowano Prontosil w późniejszym okresie choroby. Spadek ciepłoty prawie do normy (37,3°) nastąpił już w dniu 1. wstrzyknięcia Prontosilu wieczorem. Następnego dnia ciepłota ranna podniosła się znowu do 38°, aby wieczorem po ponownym wstrzyknięciu Prontosilu obniżyć się do 37,5°. W następnych 3 dniach, w których Prontosilu nie podawano, obserwowano początkowo pewne wahania ciepłoty w granicach od 36,6 do 37,8°, w ostatnim zaś 4. dniu ciepłota dosięgła 38,3°. Wobec ponownego wzrostu ciepłoty ponownie zastosowano Prontosil i wstrzykiwano preparat po 1 ampułce codziennie w ciągu 3 dni. Po ponownym zastosowaniu Prontosilu ciepłota ciała wreszcie powróciła do normy i chory po 2-tygodniowej rekonwalescencji wypisał się. W tym przypadku późniejszego zastosowania Prontosilu trzeba było podać go 5-krotnie.

Co się tyczy objawów ogólnych, to w ciągu 3 dni od chwili pierwszego wstrzyknięcia chory czuł się lepiej, stwierdzamy też zmniejszenie się śledziony. Z chwilą gdy gorączka zaczęła narastać, ogólny stan ulegał z dniem każdym pogorszeniu i śledziona powiększyła się nanowo. Dopiero po ponownym 3-krotnym zastosowaniu Prontosilu, wróciło wraz ze spadkiem ciepłoty dobre samopoczucie i zmniejszenie się śledziony.

III. Chora B. C. l. 6 przybyła dn. 25.II.1937 w 2. tygodniu choroby.

Stan obecny: budowa prawidłowa, odżywienie dostateczne, ciepłota ciała 38,2°, tętno 80 na min. Język wilgotny, obłożony szarym nalotem.

W okolicy nadgrzebieniowej prawej przytłumienie odgłosu opukowego, w miejscu tym wzmożenie drżenia i przewodzenia głosu, wdech szorstki, wydech słyszalny. Poza tym zmian nie stwierdza się. Na skórze brzucha widoczna wyraźnie różyczka durowa.

W moczu ślad białka oraz około 20 wyługowanych krwinek czerwonych w polu widzenia, wałeczków nie ma. Krwinek białych 5600, z czego obojętnochłonnych — 61%, limfocytów — 36%, monocytów — 3%.

Po przebytym prawidłowo durze, w 6-tym tygodniu pobytu w szpitalu chora zaczęła znowu gorączkować. Śledziona powiększyła się, zjawiła się bolesność przy obmacywaniu brzucha w okolicy esicy, słowem pojawił się wyraźny nawrót duru brzusznego.

W 40. dniu od początku choroby, po przebyciu 2-tygodniowej rekonwalescencji, ciepłota zaczęła powoli wznosić się do góry, a w trzecim dniu od chwili rozpoczęcia się stanów podgorączkowych osiągnęła wieczorem 39,7°. Z dalszego przebiegu toru gorączkowego i objawów klinicznych (powiększenie śledziony, leukopenia, zniknięcie komórek eozynochłonnych ze krwi) nie ulegało wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z nawrotem duru brzusznego.

W 9. dniu nawrotu, w okresie dużych wahań gorączki, zastosowano Prontosil domięśniowo. Tegoż dnia wieczorem ciepłota ciała obniżyła się do 36,5°, a następnego dnia rano była również poniżej 37°. Tegoż dnia wieczorem podniosła się do 37,5°, wreszcie spadła do normy i więcej nie wznosiła się.

Co się tyczy innych objawów klinicznych, to od chwili obniżenia się ciepłoty stan ogólny chorej uległ wybitnej poprawie.

IV. Chora S. C. l. 26 przybyła dn. 7.IV.1937 w 11. dniu choroby.

Stan obecny: budowa prawidłowa, odżywienie dostateczne, ciepłota ciała 38,2°, tętno 100 na min. Język wilgotny, obłożony szarym nalotem. Brzuch przy obmacywaniu bolesny w okolicy esicy. Śledziony nie wyczuwa się.

W moczu zmian patologicznych nie ma. Krwinek białych 7800, z czego obojętnochłonnych razem 69% (podzielonych 65%, pałeczkowców 4%), limfocytów 27%, monocytów 4%. Odczyn Widala, wykonany w 15. dniu choroby, dał wynik dodatni w rozcieńczeniu 1 : 200.

Dopiero w 3. dniu pobytu chorej w szpitalu stwierdzono powiększoną śledzionę.

W 17. dniu choroby zastosowano domięśniowo Prontosil (3 razy po 1 ampułce codziennie).

Pomimo 3-krotnego podania Prontosilu ciepłota ciała aczkolwiek narazie zmniejszyła się, jednak po krótkim spadku podniosła się na nowo.

W przypadku tym autor zaniechał dalszego stosowania Prontosilu ze względu na krwotok kiszkowy. Przypadek ten o bardzo ciężkim przebiegu zakończył się wreszcie śmiercią.

Przytaczanie większej liczby historyj chorób autor uważa za zbędne, gdyż i w innych przypadkach otrzymywał wyniki b. zbliżone do wyżej podanych. Zestawienie zaś ostatecznych wyników daje nam przegląd wszystkich przypadków leczonych Prontosilem.

Okres choroby	Wyleczonych	Poprawa	Bez poprawy
Dur brzuszny w 2. tygodniu . . .	3 przyp.	1	1
Dur brzuszny w 3. tygodniu . . .	6 „	—	4
Dur brzuszny w późniejszym okresie	5 „	5	—
Nawroty duru brzusznego	6 „	6	—

Jak wynika z powyższego zestawienia najlepsze wyniki uzyskiwano w późniejszym okresie duru brzusznego oraz w nawrotach.

Ogólne zachowanie się chorego oraz jego samopoczucie szły równolegle z danymi przedmiotowymi. Jeśli zaznaczało się dodatnie działanie środka, widać to już było po 1. lub 2. wstrzyknięciu, ciepłota bowiem obniżała się i poczucie chorego wybitnie się poprawiało. To ostatnie rzucało się szczególnie w oczy u chorych zamroczonych.

Dwukrotnie w ciągu całego czasu doświadczeń z omawianym preparatem wystąpił przy wstrzykiwaniu domięśniowym gwałtowny spadek ciepłoty o 3 — 4 stopnie i objawy lekkiej zapaści, w obu przypadkach jednak dobrze się kończącej. W przypadkach tych autor wstrzymywał się od dalszego podawania preparatu. Chorzy po przebyciu zapaści gorączkowali nadal, a choroba rozwijała się bez przeszkód.

U wszystkich chorych, na których preparat działał, śledziona zwykle w ciągu 2 — 4 dni od chwili pierwszego wstrzyknięcia zmniejszała się. Najdłużej pozostawały jeszcze objawy jelitowe w postaci niewielkich bólów, które zaliczamy zazwyczaj do objawów spastycznych.

Po wstrzyknięciu preparatu już w 15 — 30 minut chorzy oddawali zwykle mocz b. silnie zabarwiony na kolor bronzowo-czerwony, przy czym oddawali go więcej i częściej niż zwykle. Słowem w przeciągu kilku godzin po wstrzyknięciu stwierdzano zawsze wyraźne moczopędne działanie Prontosilu, na co autor zwraca szczególną uwagę.

Niektóre przypadkowe powikłania u chorych durowych, po kilku wstrzyknięciach Prontosilu często cofały się, jak naprzykład zapalenie miedniczek nerkowych lub zapalenie błony śluzowej pęcherza moczowego.

Chorzy z nawrotami reagowali szybciej na Prontosil niż chorzy o normalnym przebiegu choroby. Często już po 1. wstrzyknięciu ciepłota wracała do normy, śledziona zmniejszała się i po kilku dniach chory już nawet bez dalszych wstrzykiwań wracał do zdrowia. Przeważnie wystarczały tu 2 wstrzyknięcia.

Przypadków duru brzusznego leczonych Prontosilem autor obserwował narazie zbyt mało, aby można było wyciągać ostateczne wnioski z tego sposobu leczenia lub podawać w odsetkach liczbę wyzdrowień. W każdym bądź razie dotychczasowe spostrzeżenia świadczą niewątpliwie o pewnym dodatnim wpływie Prontosilu na przebieg duru brzusznego. Autor wyraża nadzieję, że jego własne oraz inne badania prowadzone w tym kierunku, sprawę tę wyświetlą ostatecznie.

Dr R. RIGLER, Laboratorium Farmakologiczne I. G. Farbenindustrie w Höchst.

BŁONA ŚLUZOWA KISZEK JAKO MATERIAŁ WYJŚCIOWY DLA ODTRUWAJĄCEGO I PRZECIWALERGICZNEGO ORGANOPREPARATU (TORANTIL).

(Referat według Münch. med. Wschr. 1936, Nr 1).

Objawy kliniczne stanów alergicznych są bardzo liczne i różnorodne. Do zaburzeń alergicznych zalicza się między innymi: nieżyt żołądkowo-kiszkowy, wrzód żołądka, kolkę śluzową, przemijające obrzmienie stawów, migrenę, niektóre postacie skaz krwotocznych, naczynio-ruchowy nieżyt spojówek i nosa, pryszczycę, dychawicę oskrzelową, gorączkę sienną, przelotne rumienie, pokrzywkę, obrzęk Quincke'go itd. Alergozy te mają przeważnie charakter zapalnego przekrwienia i nadmiernego wydzielania; w przebiegu ich występują często zjawiska skurczowe w narządach z mięśniami gładkimi, np. w oskrzelach, przewodzie pokarmowym, w moczowodach, w woreczku żółciowym i w pęcherzu moczowym. Już od dawna przypuszczano, że w tych zaburzeniach, w alergozach wzgl. przy wstrząsie anafilaktycznym uwalnia się, jako czynnik wyzwalający wstrząs, histamina. Prawdopodobnie histamina znajduje się stale w ustroju w postaci nieczynnego związku zespolonego, który łatwo ulega rozpadowi. *Bartosch, Feldberg i Nagel* wykazali niedawno (*Pflügers* Arch. 1932, tom 230) doświadczalnie, że przy przetaczaniu antygenu przez płuca uczulonych świnek morskich uwalnia się związek odpowiadający pod względem swego działania farmakodynamicznego histaminie. Spostrzeżenie to potwierdzili następnie *Dragstedt i Gebauer - Fuelnegg* (Am. Journ. Physiol. 1932, tom 102) w przypadkach anafilaksji u psów. Wydaje się więc, że w ten sposób zagadnienie jadu anafilaktycznego znalazło swe ostateczne rozwiązanie.

Spośród wszystkich narządów żołądek jest najwięcej narażony na częste stykanie się z obcorodnymi związkami białkowymi. Również i w żołądku pod wpływem antygenów pokarmowych dochodzi do zwiększonego wytwarzania się histaminy, jak to wynika z tablicy *Gavina, Mc. Henry'ego i Wilsona* (Journ. of Physiol. 1933, tom 79).

Dopóki wytwarzanie się histaminy utrzymuje się w granicach normy, odczyn ten jest celowy, gdyż histamina jest najczynniejszym fizjologicznym środkiem pobudzającym wydzielanie soku żołądkowego i współdziała w ten sposób drogą procesów trawiennych przy unieszkodliwianiu antygenowego charakteru pożywienia. Natomiast w kiszkach cienkich, w których mają się odbywać przeważnie czynności chłonne, wytwarzanie się histaminy jest już niepożądane. Tutaj powstawanie histaminy doprowadziłoby do przeniknięcia jej do krążenia z wszystkimi niepożądanymi skutkami tego zjawiska.

Błona śluzowa kiszek cienkich w odróżnieniu od śluzówki żołądka zawiera własny związek zaczynowy, który posiada własności niszczenia zarówno histaminy jak i związków do niej zbliżonych, które powstają przy stykaniu się komórek alergicznych z antygenem; omawiany związek może również skutecznie zapobiegać wytwarzaniu się tych szkodliwych dla ustroju połączeń hista-

Zawartość histaminy w żołądku psa, określona w mg/kg tkanki.

Warunki doświadczenia	Część odźwiernikowa		D n o	
	Błona śluzowa	Warstwa mięśniowa	Błona śluzowa	Warstwa mięśniowa
Po 24 godzinach głodzenia	28	17	48	16
Po 24 „ „	40	4	60	14
Po 30 „ „	50	15	90	33
Po 24 „ „	37	19	80	27
Przeciętna	39	14	69	22
Po 1 godz. po nakarmieniu mięsem	54	18	72	25
Po 2 „ „ „ „	100	50	110	60
Po $1^1/_2$ „ „ „ „	46	30	80	28
Po 2 „ „ „ „	54	15	105	38
Przeciętna	63	28	92	38

minowych. Oprócz śluzówki kiszek jeszcze nerka zawiera ten składnik, poza tym zaś występuje on w organizmie w znikomo małych ilościach.

Czynnik przeciwalergiczny ze śluzówki kiszek cienkich, nazwany Torantilem, można specjalnym sposobem wyodrębnić i otrzymać w czystej postaci. Jest to białawy proszek, dobrze rozpuszczający się w wodzie. Przy pozajelitowym lub doustnym stosowaniu Torantil działa odczulająco na stany alergiczne. *Scholer* udowodnił doświadczalnie (Zschr. f. Immun. Forschg. 1933, tom 79), że czynnik przeciwalergiczny powstaje w ścianie kiszek: wstrzykiwania surowicy końskiej do ściany kiszek cienkich lub do przynależnej krezki nie wywoływały żadnych objawów anafilaksji miejscowej, natomiast wstrzykiwania do ściany żołądka, do łącznicy lub skóry wywoływały swoiste obrzmienia. Doświadczenia z abryną, wywołującą objawy zapalne, wykazały, że przyczyna

niereagowania kiszek cienkich na działanie wyciągu nie polega na braku skłonności zapalnych. Odczyn antygenu z przeciwciałem w ścianie kiszek nie prowadzi do zapalenia anafilaktycznego. Jeżeli np. wstrzyknięto do ściany kiszek mieszaninę surowicy i przeciwsurowicy, to zabieg ten nie wywoływał, tak jak np. na łącznicy oka, objawów zapalnych. Spostrzeżenie, że sąsiednia krezka wykazuje taką samą ochronę jak ściana kiszki, uzasadnia przypuszczenie, że czynnik przeciwalergiczny, wytworzony w ścianie kiszki, przenika drogą naczyń chłonnych do najbliższych tkanek a stamtąd, wprawdzie już w znacznie większym rozcieńczeniu, do całego organizmu.

Dr L. GMELIN, Miejska Klinika Pediatryczna w Essen.

W SPRAWIE CHEMOTERAPII RÓŻY U DZIECI.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1935, Nr 6).

Pierwsze spostrzeżenia autora dotyczące leczniczego stosowania Prontosilu (chlorowodorek 4-sulfo-amido-2', 4'-dwuamino azobenzolu) opierają się na dzieciach dotkniętych paciorkowcowym zakażeniem krwi. Osiągnięte przy tym pomyślne wyniki lecznicze skłoniły autora do zastosowania Prontosilu również w zakażeniach paciorkowcowych, przebiegających bez objawów posocznicy, między innymi również przy róży. 10 niemowląt i starszych dzieci otrzymało początkowo ostrożnie małe dawki, 3 — 5 cm³ 0,25%-owego roztworu, następnie po przekonaniu się o dobrej tolerancji preparatu stosowano dawkę 20 cm³ i więcej. Podawanie doustne dawało równie pomyślne wyniki, dawka bez względu na wiek wynosiła 2 — 3 razy dziennie po 0,3 g. Prawie we wszystkich przypadkach dzieci na drugi lub trzeci dzień przestawały gorączkować; zaledwie w jednym przypadku gorączka ustąpiła dopiero w piątym dniu leczenia. U chorych leczonych początkowo dawkami niedostatecznymi stwierdzono dwa razy po odstawieniu lekarstwa lekkie nawroty, które po wznowieniu kuracji szybko ustąpiły. Przewaga Prontosilu nad innymi lekami przy leczeniu róży nie ulega dla autora żadnej wątpliwości. Żadnych przykrych objawów działania ubocznego, a zwłaszcza zaburzeń nerkowych, Prontosil nie wywołuje. Skóra przyjmuje lekki odcień pomarańczowo-żółtawy, jednakże bez zabarwienia białkówek. Mocz zabarwia się na kolor żółtawo-czerwonawy. Zwiększenia wrażliwości skóry na światło nie stwierdzono. W ciągu 36 godzin po odstawieniu Prontosilu zabarwienie moczu ustępuje. Mocz zabarwia czasami i bieliznę, plamy można jednak usunąć bez żadnych trudności przez zwykłe pranie.

Na początku leczenia doustnego niemowlęta czasami trochę wymiotowały — zależy to jednak tylko od smaku preparatu, gdyż wymioty ustępowały natychmiast, gdy podawano Prontosil przez zgłębnik. Wymioty nie są jednak

nigdy tak gwałtowne i nie występują tak często, aby podawanie przez zgłębnik było bezwzględnie wskazane. Dwum dzieciom z paciorkowcowym ropnym zapaleniem opłucnej podawano Prontosil doustnie, po czym gorączka opadła litycznie raz w trzecim, raz w szóstym dniu, jednakże bez jednoczesnej zmiany stanu przedmiotowego w jamach opłucnowych. W jednym przypadku trzeba było z powodu objawów uciskowych założyć gumowy dren, który jednak już po 4 dniach można było usunąć. W drugim analogicznym przypadku dokonywanie nakłuć i wypuszczanie ropy okazało się zbytecznym. Wskazane tu są dalsze obserwacje.

Dr J. SCHMIDT, Backi - Jarak (Jugosławia).

PRZYCZYNEK DO LECZENIA SCHORZEŃ SEPTYCZNYCH I INNYCH GORĄCZKOWYCH CHOROB ZAKAŹNYCH.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1936, Nr 52).

Autor leczył różne schorzenia septyczne za pomocą Prontosilu. Dwie pacjentki z objawami poronienia septycznego, dreszczami, gorączką 40,2—40,6° otrzymały początkowo 10 cm³ Prontosilu domięśniowo, następnie przez 3 dni wstrzykiwano po 5 cm³ i jednocześnie podawano po 4 tabletki dziennie. Już w drugim dniu leczenia ciepłota opadła do normy i więcej już się nie podniosła. Również i dreszcze już się nie powtórzyły.

15-letnia dziewczyna w 8 dni po drobnym urazie muszli usznej dostała gwałtownych dreszczy i ciepłota podniosła się powyżej 40°; muszla uszna i prawa połowa twarzy bardzo obrzmiałe i bolesne. Rozpoznanie: róża. Zastosowano maść ichtiolową i okłądy z płynu Burowa, ponad to chora otrzymywała 4 tabletki Prontosilu dziennie. Po 3 dniach chora przestała gorączkować. Róża przeszła jeszcze na lewą połowę twarzy, jednakże po dalszych 3 dniach wszelkie objawy chorobowe ustąpiły już ostatecznie. Żaden inny sposób leczenia róży nie dawał autorowi tak szybkich i tak pomyślnych wyników jak stosowanie Prontosilu. W 3 przypadkach mieszkowego zapalenia migdałków z bardzo wysoką gorączką Prontosil szybko sprowadził wyraźną poprawę.

Chory na dur brzuszny, gorączka trwa już od 6 tygodni. W 3. dniu leczenia Prontosilem (4 tabletki dziennie) nastąpił pomyślny zwrot w przebiegu choroby, tętno stało się spokojniejsze i mocniejsze, stan ogólny poprawił się znacznie, chory odzyskał apetyt.

7-letni chłopczyk choruje od 4 tygodni, rozpoznanie: dur brzuszny i paratyfus B, codziennie 1 raz lekkie dreszcze, po czym temperatura podnosi się do

38 — 39°, poza tym stan bezgorączkowy. Zastosowanie Prontosilu w dawce 4 razy dziennie po ½ tabletki doprowadziło szybko do zupełnego wyleczenia. 34-letni rolnik zachorował na dur brzuszny: stan ogólny pacjenta był zły, w 3. dniu choroby przy ciepłocie podgorączkowej wystąpił niepokój, podniecenie i ciężkie zaburzenia świadomości; tętno przyśpieszone, duszność. Środki nasercowe, strofantyna i cukier gronowy zawiodły. 10 cm^3 Prontosilu solubile (domięśniowo) w 1. dniu i 5 cm^3 następnego dnia usunęły niepokojące objawy; w toku dalszej kuracji chory otrzymywał 4 tabletki dziennie. Dalszy przebieg choroby (6 tygodni) był normalny. Autor jest zdania, że Prontosil nadaje się zwłaszcza do skutecznego leczenia toksycznych przypadków duru brzusznego.

Dr E. RISAK, I. Klinika Chor. Wew. Uniw. w Wiedniu.

W SPRAWIE LECZENIA ZAPALENIA OPON MÓZGOWYCH.

(Referat według Wien. Klin. Wschr. 1936, nr 10).

Stany zapalne możemy przezwyciężyć za pomocą zagęszczania ścian naczyniowych. Spośród środków leczniczych należy tu wymienić na pierwszym miejscu Pyramidon, którego wpływ na zagęszczenie ścian naczyniowych jest powszechnie znany. Wpływ ten można z powodzeniem wykorzystać dla celów leczniczych. Wobec tego, że przy surowiczym zapaleniu opon mózgowych (Meningitis serosa) wzmożenie przepuszczalności naczyniowej odgrywa wielką rolę, autor zastosował w odpowiednich przypadkach leczenie pochodnymi pyrazolonu. Następnie autor porównał osiągnięte wyniki z wynikami otrzymanymi w klinice *Chvostka*, na której około 100 chorych z analogicznym zapaleniem opon leczono według dawniejszych przepisów, czyli przede wszystkim wysokoprocentowymi roztworami jodu i pochodnymi heksametylenotetraminy. *Risak* stosował początkowo doustne leczenie Pyramidonem. Dawka wynosząca 2 g na dobę przeważnie wystarczała do wyraźnego poprawienia stanu ogólnego pacjentów. Skrócenia czasu trwania choroby przy tym sposobie leczenia jednak nie stwierdzono, prawdopodobnie dlatego, że w ogóle przy leczeniu schorzeń ośrodkowego układu nerwowego doustne podawanie leków jest znacznie mniej skuteczne niż wstrzykiwania dożylne. Z tego względu autor zwrócił się do Novalginy (fenylo-dwumetylo-pyrazolono-metylo-amino-metano-sulfonian sodowy), którą można wstrzykiwać również dożylnie. Wstępne spostrzeżenia *Risaka* dotyczyły 6 chorych dotkniętych zapaleniem opon i mózgu, limfocytarnym zapaleniem opon lub zapaleniem po udarze słonecznym. We wszystkich tych przypadkach dożylne wstrzykiwania Novalginy wpłynęły nadzwyczaj pomyślnie na przebieg choroby. Przeważnie wstrzykiwano No-

valginę co drugi dzień, jednakże w okresie groźnym stosowano wstrzykiwania codziennie. Klinika uniwersytecka podjęła następnie ten sposób leczenia, gdzie wypróbowano go prawie w 20 przypadkach. Oto typowy przykład wpływu dożylnych wstrzykiwań Novalginy na przebieg surowiczego zapalenia opon mózgowych:

Chory ma lat 30, przybywa do kliniki z rozpoznaniem gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Przy badaniu stwierdza się ciężkie objawy podrażnienia opon, obustronne porażenie nerwów odwodzących; świadomość zamroczona, wysoka gorączka. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykazało 1000/3 komórek z typowymi oponowymi zmianami białkowymi. Przy rozpoznaniu różnicowym należało tu brać pod uwagę 2 możliwości: zapalenie opon mózgowych pochodzenia gruźliczego albo też zapalenie surowicze. Pod wpływem leczenia Novalginą już na 2. dzień nastąpiła znaczna poprawa. Nakłucie lędźwiowe wykonane na 3. dzień wykazało już tylko 300/3 komórek i poprawę zmian białkowych w płynie. Po 12 dniach pacjent, którego obraz chorobowy początkowo zupełnie odpowiadał gruźliczemu zapaleniu opon mózgowych, wypisał się zupełnie wyleczony.

Wobec bezradności, która często opanowuje lekarza przy łóżku pacjenta, cierpiącego na zapalenie opon mózgowych, należy uważać za postęp, jeżeli chociaż przy jednej postaci zapalenia posiadamy sposób leczenia, który jak wynika ze spostrzeżeń kliniki wiedeńskiej, działa szybko i pewnie.

Dr L. KÜHNEL. Szpital m. Wiednia w Lainz.

OSTRY OBRZĘK MÓZGU W MEDYCYNIE WEWNĘTRZNEJ.

(Referat według Münch. Med. Woch. 1936, nr 20).

W ostrym obrzęku mózgu (guzach mózgu, ropniach, marskości nerek z nadciśnieniem, niewyrównanych wadach serca itd.) nakłucie lędźwiowe nie sprowadza przeważnie wyraźnego odciążenia. Znacznie lepiej działa w takich przypadkach Salyrgan. Pomyślny wpływ Salyrganu w ostrym obrzęku mózgu obserwował autor szczególnie często na oddziale dla chorych na różę. Ciężka róża głowy wywołuje nierzadko obrzęk mózgu. Autor przytacza jako przykład przypadek obrzęku mózgu w przebiegu róży głowy leczony pomyślnie Salyrganem.

Ciężka róża głowy. Zastrzyki surowicy w 2. i 3. dniu choroby. Następnego dnia ciężkie zaburzenia mózgowe jednocześnie z utrzymywaniem się bardzo wysokiej gorączki, czyli o złym rokowaniu. Mocz bardzo stężony z objawami lekkiej nefrozy i wzmożeniem urobilinogenu, dobowa ilość moczu około 300 cm³. Domięśniowe wstrzyknięcie 2 cm³ Salyrganu z 0,2 g Coffeini natr.-benz. Następnego dnia ciężar gatunkowy moczu znacznie niższy, ilość dobowa około 1300 cm³, pomimo że chory (podobnie jak poprzednio) nie przyjął żadnego pokarmu. Pacjent uspokoił się zupełnie (bez stosowania środków uspokajających). Po dwóch dniach chory zupełnie przytomny. Rekonwalescencja prawidłowa. Cierpienie nie pozostawiło żadnego uszkodzenia nerek. Zupełne wyleczenie.

Autor obserwował na oddziale dla chorych na różę 4 takie przypadki, w których dzięki Salyrganowi udało się uratować zagrożone życie pacjentów. Przed erą salyrganową podobnie pomyślne wyniki były nieznane. W kilku przypadkach pozakaźna psychoza po róży ustąpiła mniej więcej w 18 godzin po wstrzyknięciu Salyrganu z kofeiną. Przed wprowadzeniem Salyrganu do lecznictwa psychoza taka trwała przeważnie dłużej. Przy świeżym porażeniu połowiczym z lekkimi objawami piramidalnymi i ciężkimi śpiączkowymi zaburzeniami świadomości wstrzyknięcie Salyrganu z kofeiną umożliwiało odzyskanie przytomności w ciągu 6 — 9 godzin. Lekkie objawy piramidalne pozostawały bez zmiany. Chory może po kilku dniach znowu utracić przytomność, po czym zastosowanie Salyrganu ponownie sprowadza szybką poprawę bez zmiany objawów piramidalnych. W przypadkach takich sprawa chorobowa polega prawdopodobnie na stosunkowo dużym ostrym obrzęku mózgu przy małym ognisku rozmiękczenia w okolicy zwojów podstawowych. W zwykłych (nawet lekkich) porażeniach połowiczych Salyrgan pozostaje bez wpływu na przebieg choroby.

Prof. dr E. HAMMERSCHLAG, Wiedeń.

MOŻLIWOŚCI STOSOWANIA WSTRZYKIWAŃ WĄTROBY PO ZA NIEDOKRWISTOŚCIĄ ZŁOSLIWĄ I SPOSÓB JEJ DZIAŁANIA.

(Referat podług Ars Medici, Journ. of Am. Med. Assoc. 1936, Nr 7).

Mechanizm leczniczego działania wątroby w niedokrwistości złośliwej polega na połączeniu w jedną substancję dwóch czynników: „zewnętrznego", zawartego w pożywieniu i „wewnętrznego", zawartego w błonie śluzowej żołądka. Ustrój magazynuje tę substancję w wątrobie. Dotychczas nie wiadomo z jakiego rodzaju ciałem, katalizatorem, zaczynem, hormonem czy witaminą mamy tutaj do czynienia. W chorobach żołądkowo-jelitowych (bezsok, niestrawność, wrzody trawienne, zaburzenia poczerwonkowe, zaburzenia w następstwie chorób pęcherzyka żółciowego itd.) wyciągi wątroby działają jak wyciągi jelita cienkiego. Spośród tych ostatnich wymienimy przetwór Torantil, który przypuszczalnie rozkłada histaminę. Działanie wątroby w chorobach żołądka i jelit tłumaczyłoby się zatem obecnością ciał, które pochodzą z jelit i których zadaniem jest uwalnienie ustroju od trującego wpływu histaminy. Wstrzykiwania wyciągów wątrobowych stosowano ponadto z mniejszym lub większym powodzeniem w marskości wątroby, obrzękach sercowego pochodzenia, nerczycy, zakrzepowych zapaleniach żył, chorobie Bechterewa, w myelosis funicularis, w zaburzeniach krążenia w naczyniach włosowatych.

W ciężkich azotemiach i w niedokrwistości złośliwej stosuje się duże dawki wyciągów, w pozostałych cierpieniach wystarczają dawki średnie, podawane w większych odstępach czasu.

W azotemii pozanerkowej, pojawiającej się w następstwie ciężkich zakażeń i zatruć, jak ostra biegunka, niepowściągliwe wymioty ciężarnych, uszkodzenia wątroby spowodowane nadużywaniem narkotyków lub innych środków lekarskich itd., a zatem w stanach, w których uszkodzona jest czynność wątroby, — wyciągi tego narządu (np. Campolon) działają odtruwająco. W twardzinie skóry (sclerodermia) działanie wątroby zależy od czynnika rozszerzającego naczynia włosowate i od zawartości witamin.

Hammerschlag (M. m. W. 1935, Nr 2, str. 79), leczył 40-letnią kobietę, u której, wśród bólów stawowych, rozwijała się twardzina skóry. Autor próbował bezskutecznie najrozmaitszych sposobów leczenia. Poprawa nastąpiła dopiero po wstrzykiwaniach wysokowartościowego wyciągu wątrobowego (Campolonu). Stawy odzyskały ruchomość, a chore odcinki skóry znacznie zmiękły. Powodzenie leczenia należy przypisać uznanemu już, pobudzającemu wpływowi Campolonu na czynność naczyń włosowatych.

Dr G. GFROERER, Würzburg.

PRZYCZYNEK DO NIESWOISTEGO LECZENIA UPŁAWÓW.

(Referat według Prakt. Arzt., 1936, Nr 17).

Leczenie Deveganem usuwa upławy pochwowe, nawet trwające uporczywie już od wielu lat. Mieszana flora ustępuje, natomiast rozmnażają się ponownie laseczniki kwasu mlecznego i powraca prawidłowy stopień kwasoty. Początkowo stosuje się Devegan 2 razy dziennie, następnie już tylko raz dziennie, w dalszym biegu leczenia wprowadza się tabletki do pochwy co drugi lub co trzeci dzień i na zakończenie już tylko 2 — 1 raz tygodniowo. Przeważnie wprowadza się 2 tabletki dziennie, czasami tylko jedną, ewentualnie również 3 a rzadko 4. Ogólna ilość tabletek, potrzebna do osiągnięcia wyleczenia, zależy od ciężkości choroby. Upławy wywołane przez trichomonady i upławy nieswoiste reagują na leczenie Deveganem prawie jednakowo. Lecze-

nie należy kontynuować jeszcze przez pewien czas po ustąpieniu upławów. O trwałym i ostatecznym wyleczeniu można mówić dopiero wtedy, gdy po dłuższej przerwie w leczeniu upławy nie powracają i trichomonad nie można wykazać również po miesiączkowaniu. Przyczyną niepowodzeń jest przeważnie zbyt krótki czas leczenia. Jeżeli wskutek zbyt obfitej wydzieliny Devegan wypłukuje się nieużyty z pochwy, to wskazane jest utrzymanie go w pochwie za pomocą tamponu. W przypadkach niedostatecznego rozpadania się tabletek Deveganu wskutek niewielkiej ilości wydzieliny pochwowej, zanurzamy Devegan przed wprowadzeniem na krótko do wody i nie stosujemy więcej niż 4 tabletki tygodniowo; nazajutrz rano wskazana jest kąpiel. U dzieci i dziewic rozbijamy tabletki na 3 — 4 kawałki i wprowadzamy za pomocą odpowiednich szczypczyków albo też rozdrabniamy na proszek i wdmuchujemy.

Spośród przeszło 90 historyj chorób ograniczymy się tu do przytoczenia w streszczeniu 3 następujących:

1. Panna Sp., lat 21, od kilku miesięcy żółtawe upławy, miesiączkowanie prawidłowe, narządy płciowe bez zmian chorobowych. Początek leczenia 8.XI.34. Co wieczór 2 tabletki Deveganu, po 5 dniach obojętna nasiadówka. Przy dalszym leczeniu już tylko 1 tabletka dziennie. 24.XI.34 upławy ustąpiły już zupełnie. Badanie mikroskopowe: I stopień czystości.

2. Panna E. R., 27 lat, miesiączkowanie bolesne, upławy. Badanie mikroskopowe: II stopień czystości. Początek leczenia 6.XI.34. Leczenie jak w przypadku pierwszym. 2.XII.34 upławów już się nie stwierdza. I stopień czystości, dotychczas nawrotu nie było.

3. Panna K., obfite, dokuczliwe upławy. Po 5 dniach leczenia, podczas którego chora zużyła ogółem 10 tabletek, upławy ustąpiły bez śladu. I stopień czystości.

Z licznych swych obserwacyj autor wyciąga wniosek, że racjonalnie przeprowadzone leczenie Deveganem daje w znakomitej większości przypadków doskonałe wyniki lecznicze.

Dr M. RODECURT, Hanower.

VULVOVAGINITIS INFANTUM WSKUTEK ZAKAŻENIA TRICHOMONADAMI.

(Referat według Kinderärzt. Prax. 1935, nr 3).

Trichomonas vaginalis bywa często główną i jedyną przyczyną zakażenia pochwy i sromu u małych dziewczynek. *Rodecurt* leczy Vulvovaginitis infantum za pomocą codziennego zakładania do pochwy ½ — 1½ tabletki Deveganu. Mniej więcej po 14 godzinach należy przepłukać pochwę naparem z rumianku lub roztworem odpowiedniego środka odkażającego. Nie wolno przy tym zapominać, aby 1 — 2 razy dziennie przemywać tym samym środkiem zewnętrzne części płciowe oraz wytrzeć je następnie do sucha. Pierwsze spostrzeżenia autora dotyczyły dziewczynek w wieku od 7 do 12 lat. Wejście do pochwy było dostatecznie szerokie, aby za pomocą odpowiedniego instrumentu wprowadzić ⅓ lub ½ tabletki Deveganu; zabiegu tego mogły dokony-

wać również matki małych pacjentek. Również i przepłukiwanie następnego dnia rano mogło być wykonywane przez matkę. Często jednak wprowadzanie nawet mocno pokruszonych tabletek Deveganu do pochwy dzieci zakażonych trichomonadami okazywało się niemożliwe z powodu wąskości wejścia do pochwy albo — zwłaszcza przy powtarzaniu zabiegu lub przy bolesnym nieżycie pochwy — z powodu oporu małych pacjentek. U dziewczynek od 2 do 7 lat wprowadzanie nawet maleńkich odłamków tabletek Deveganu jest zresztą wogóle praktycznie niemożliwe. Dzieci takie *Rodecurt* leczył wyłącznie Zephirolem, który także podczas stosowania Deveganu okazał się najlepszym środkiem do płukania i mycia. Ze strzykawki zaopatrzonej w odpowiednią delikatną i tępą nasadę metalową (kaniula wewnątrzmaciczna od wewnątrzmacicznej strzykawki *Brauna* lub inny podobny instrument) wkrapla się do pochwy pod niewielkim ciśnieniem roztwór Zephirolu w rozcieńczeniu 1 : 400; zabieg ten wykonywa się, jeżeli to możliwe, codziennie lub co drugi dzień. Jeżeli również i te wkraplania Zephirolu do pochwy były z jakichkolwiek względów niemożliwe, to autor ograniczał się do nasiadówek i przepłukiwań sromu Zephirolem (½ do 1 łyżeczki od herbaty na litr przegotowanej wody). Również i wyniki leczenia wyłącznie Zephirolem, nawet przy ograniczeniu się tylko do nasiadówek i obmywania sromu, były zupełnie zadowalające. Jeżeli bowiem wejście do pochwy jest takie wąskie, że nawet wkraplania są, praktycznie biorąc, niemożliwe do wykonania, to nie dochodzi zwykle również do przenikania trichomonad do pochwy i cała sprawa ogranicza się do swoistego nieżytu pochwy i do upławów przedsionkowych. Podawanie wapnia zwiększa skuteczność leczenia miejscowego.

Dr H. WENDT, I Klin. Chor. Wewn. Uniw. w Monachium.

LECZENIE TUCZĄCE ZA POMOCĄ WITAMINY A (VOGANU).

(Referat podług Münch. Med. Wschr. 1936, nr 20).

Witamina A może w chorobie Basedowa wykazywać działanie przeciwtarczycowe. Drogą podawania dużych dawek witaminy A (Voganu) udaje się w tej chorobie osiągnąć znaczny przyrost wagi i spadek przemiany podstawowej niemal do normy. Opierając się na tych spostrzeżeniach, podjęto próby stosowania Voganu u osób nadmiernie wychudzonych. 11 kobiet, których stan odżywiania był bardzo upośledzony, leczono dużymi dawkami Voganu (3 razy dziennie po 30 kropel). Kuracja trwała od 4 do 8 tygodni. Jedna z pacjentek była chora na gruźlicę lewego płuca; leczono ją od szeregu miesięcy odmą sztuczną; u pozostałych kobiet nie stwierdzono podczas leczenia żadnych zmian chorobowych w narządach wewnętrznych. U 2 chorych leczenie Voganem nie dało spodziewanych wyników, u pozostałych 9 osiągnięto pokaźny przyrost wagi. Największy przyrost, wynoszący 5,5 kg uzyskano u 35-letniej kobiety,

która cierpiała na rozmaite nerwowe i neurasteniczne dolegliwości i w związku z tym straciła dużo na wadze. Pozostałe pacjentki przybierały po 2,5 — 5 kg w ciągu 4 — 6 tygodni. Tygodniowy przyrost wynosił przeciętnie 1 kg. Przeprowadzone w jednym z tych przypadków leczenie insuliną zawiodło zupełnie. Witamina A wywiera znaczny wpływ na przemianę tłuszczową i prawdopodobnie ogranicza spalanie tłuszczów w ustroju. Istnieje ponad to doniosły związek pomiędzy witaminą A a przemianą węglowodanową. Na zasadzie spostrzeżeń *Wendta* można więc zalecić witaminę A do przeprowadzania kuracyj tuczących. *Falta* w Wiedniu (W. Kl. W. 1936, nr 8) przedstawił w tym samym czasie chorą, konstytucyjnie skłonną do chudnięcia, która po dłuższym podawaniu Voganu (3 razy dziennie po 30 kropel) przybrała znacznie na wadze.

Dr H. E. DIETRICH, Szpital Huberta, Berlin - Schlachtensee.

LECZENIE NADCZYNNOŚCI TARCZYCY VOGANEM.

(Referat podług Münch. med. Wschr., 1936, Nr 8).

Stosowanie witaminy A (Vogan) w chorobie Basedowa zalecił *Wendt* (M. m. 1935, Nr 29). *Dietrich* poszedł za jego przykładem, stosując Vogan u 6 chorych, u których objawy choroby Basedowa nie były wprawdzie zbyt wyraźnie zaznaczone; przemiana podstawowa była tylko nieznacznie wzmożona. U 3 chorych autor osiągnął równie dobre wyniki jak *Wendt*. Choć spadek nieznacznie wzmożonej przemiany podstawowej był dość nikły, przyrost wagi wykazywał jednak, że zaburzenie przemiany materii zostało wyrównane. Podwyższona nieco ciepłota spadła do normy, tętno się zwolniło, objawy ogólne jak niepokój, bezsenność, drżenie zaczęły stopniowo ustępować. Ku końcowi pobytu w szpitalu chorzy obchodzili się bez środków nasennych i mogli wykonywać pracę, wymagającą spokojnej ręki. Przykre poty ograniczyły się najpierw do dolnej części ciała, następnie pociły się już tylko dłonie i stopy, wreszcie objaw ten znikł całkowicie.

Reakcja czwartej chorej na Vogan była słaba. Poprawa objawów ogólnych postępowała bardzo wolno. W przypadku tym doskonale działał jod. Po 4 tygodniach leczenia Voganem zarówno u tej jak i u piątej chorej nastąpiła raptowna poprawa krzywej ciepłoty bezpośrednio po podaniu jodu.

Chorzy znosili na ogół dobrze nawet duże dawki Voganu (3 × 30 kropel), oprócz szóstego, który wykazał zupełny brak tolerancji. Był to zresztą przypadek beznadziejny, w którym wskutek ogólnego osłabienia zrezygnowano również z operacji.

Dla osiągnięcia pomyślnego skutku leczniczego należy, zgodnie z poglądem *Wendta*, podawać Vogan przez szereg tygodni w dużych dawkach.

Zdaniem *Dietricha*, Vogan działa głównie na nadczynność tarczycy. W czystej nadczynności Vogan skuteczniej zwalcza cały zespół objawów niż jod. Poprawa jest trwała; u 2 chorych, którzy zgłosili się po upływie 3 miesięcy od chwili zakończenia leczenia Voganem, dalsze leczenie okazało się zbyteczne. Vogan nie działa w przypadkach, w których oprócz nadczynności tarczycy istnieją jeszcze zaburzenia czynności innych gruczołów wewnętrznego wydzielania. Do tej kategorii należały podług *Dietricha* chore czwarta i piąta, które później tak doskonale poprawiły się pod wpływem jodu. U obu tych chorych stwierdzono obok nadczynności tarczycy zaburzenia przysadkowe i jajnikowe.

W. Falta w Wiedniu (Wien. Klin. Woch., 1936, Nr 8) również stosował z powodzeniem Vogan przy powiększeniu gruczołu tarczowego. 61-letniej kobiecie zgrubiała szyja, pojawiły się poty. Przepisano jej jod. Zgrubienie szyi ustąpiło, lecz chora zaczęła szybko tracić na wadze, przeciętnie po 4 kg miesięcznie. Pojawiły się drżenie i silne kołatanie serca, wzmogły się poty, waga spadła do 52,5 kg. Chora przeszła kurację insulinową (25 wstrzyknięć), leżała przeważnie w łóżku, lecz mimo forsownego odżywiania przybrała w ciągu 2 tygodni tylko 2 kg, po czym waga ponownie spadła. Dolegliwości zmniejszyły się zaledwie nieznacznie. Po przyjęciu do szpitala rozpoznano typową chorobę Basedowa. Przemiana podstawowa + 80 — + 100%. Rozpoczęto leczenie Voganem: 3 razy dziennie po 30 kropel (około 140000 jednostek witaminy A). Przemiana podstawowa stopniowo spadła do + 50%, objawy choroby zniknęły. Przyrost wagi był nader szybki. Po 6 tygodniach leczenia chora ważyła już około 60,5 kg i waga nawet po przerwaniu kuracji podnosiła się w dalszym ciągu. *Falta* próbował również tuczyć Voganem osoby szczupłe, nie cierpiące na chorobę Basedowa. Pierwszą podobną próbę podjął autor u 28-letniego mężczyzny chorego na bezsok żołądkowy. Wszystkie dotychczasowe kuracje tuczące były daremne. Podczas leczenia Voganem młody człowiek nie zmienił trybu życia, dużo pracował, a mimo to przybrał w ciągu 3 tygodni 3½ kg. Podawanie Voganu wywarło ponadto dodatni wpływ na apetyt. Drugi przypadek dotyczył 22-letniej kobiety, która zawsze była bardzo chuda. Przed 5 laty ważyła 52 kg, i odtąd stale ubywało jej na wadze. W lipcu 1933 r. chora ważyła 47 kg, latem 1935 r. 40 kg. Później waga wa-

hała się od 40½ do 41½ kg. Chora prowadziła spokojny tryb życia i dobrze się odżywiała. Waga w dniu przyjęcia do szpitala, w połowie listopada 1935 r. = 41 kg. Typ asteniczny. Brak łaknienia. Pod wpływem Voganu szybki przyrost wagi, 5 kg w przeciągu 4 tygodni. Dawka: 3 × 30 kropel. Wybitna poprawa łaknienia. Ku końcowi leczenia stwierdzono spadek zawartości jodu we krwi.

Powyższe dane również świadczą o tym, że Vogan przeciwdziała wydzielinie dokrewnej gruczołu tarczowego.

Prof. dr H. GUTHMANN, dr H. VETTER, Klinika Położnicza Uniwersytetu w Frankfurcie n. M.

BADANIE NAD OKRESOWĄ FIZJOLOGICZNĄ NIEPŁODNOŚCIĄ KOBIETY.

(Referat według Mschr. Geburtsh. u. Gyn. 1937, tom 104).

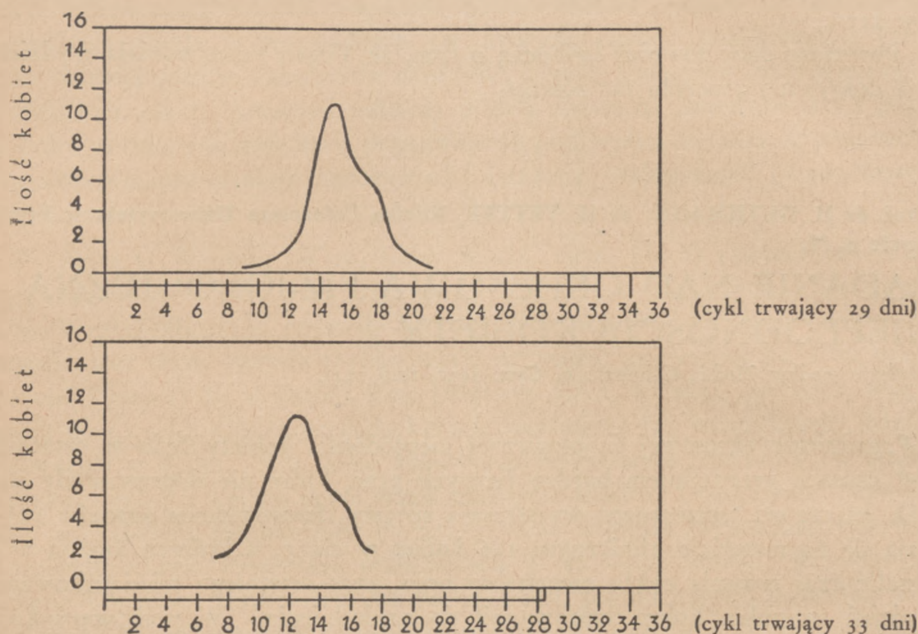
Zagadnienie okresowej fizjologicznej niepłodności kobiety było w ostatnich czasach przedmiotem bardzo licznych prac, które nie doprowadziły jednak jeszcze do ostatecznego wyjaśnienia sprawy. Spostrzeżenia autorów opierają się na materiale klinicznym 146 kobiet w ciąży, u których można było ustalić czas trwania cyklu menstruacyjnego, czas ostatniego miesiączkowania i dzień stosunku, który doprowadził do zapłodnienia. W tych warunkach można już było dokładnie określić zależność dnia zapłodnienia od cyklu menstruacyjnego. Zapłodnienia miały najczęściej miejsce w pewnym określonym czasie, którego odległość od miesiączkowania zależy głównie od czasu trwania cyklu menstruacyjnego. Wykazuje to wyraźnie poniższa tablica:

Ilość ciężarnych	Przeciętny czas trwania cyklu	Zapłodnienie następuje w	Czas trwania zdolności do zapłodnienia w cyklu
I 13	22—25 dni	6—12 dniu cyklu	7 dni
II 70	26—29 „	8—17 „ „	10 „
III 54	30—33 „	9—24 „ „	16 „
IV 9	34—40 „	15—26 „ „	12 „

Pomimo wyraźnego maksimum w 13/II i 15/III dniach cyklu stwierdza się rozproszenie zdolności zapłodnienia trwające do 16 dni. Jest więc zupełnie możliwe, choć zdarza się to stosunkowo rzadko, że zapłodnienie następuje

wkrótce po lub przed miesiączkowaniem. Szanse zapłodnienia są jednak tym mniejsze im terminy stosunku zapładniającego są bliższe miesiączkowania.

Powyższe spostrzeżenia oraz szereg obserwacyj pozaklinicznych przemawiają za krótkim trwaniem życia zarówno jaja jak i plemnika.



Terminy zapłodnienia przy cyklach trwających 29 i 33 dni.

Dr H. HOCHMUTH, Klin. Chir. Uniw. w Berlinie.

KĄPIEL RAN CHIRURGICZNYCH I JEJ NAUKOWE UZASADNIENIE.

(Referat według Med. Klin. 1936, Nr 9).

Zephirol jest to środek odkażający, który stosuje się przede wszystkim do wyjałowienia instrumentów, pola operacyjnego i rąk chirurga przy operacjach aseptycznych. Autor stosuje Zephirol również dla celów miejscowego leczenia kąpielowego schorzeń chirurgicznych. W celu otrzymania odpowiedniego roztworu bierze się 1 łyżkę stołową Zephirolu na 4,5 litra wody, co daje roztwór 1 : 300. Ta kąpiel chirurgiczna dawała szczególnie pomyślne wyniki zwłaszcza w leczeniu ropnych stanów zapalnych. Zabieg ten szybko i skutecznie łagodzi nawet dotkliwe bóle przyranne. Kąpiel z Zephirolu nie uszkadza tkanek, pomimo że stosowano ją czasami nawet przez godzinę i to tak gorącą, jak tylko chory mógł znieść. Przy ranach z obfitą wydzieliną wska-

zane jest częste stosowanie kąpieli, która wpływała doskonale na przebieg gojenia się. Otaczająca skóra nigdy nie była taka szorstka lub popękana, jak to czasami obserwuje się przy innych dodatkach do kąpieli. Często skóra przyjmowała po kąpieli matowy połysk tłuszczowy, tak że zastosowanie specjalnej ochrony wydawało się zbyteczne. Jedynie przy niebezpieczeństwie zakażenia pod ścisłymi opatrunkami chroniono skórę niedrażniącymi maściami. Dla uniknięcia ew. szkodliwego działania następczego Zephirolu na skórę zdrową spłukiwano ją po kąpieli, przed nałożeniem opatrunku, zwykłą wodą wodociągową. Głównym wskazaniem do stosowania kąpieli z Zephirolu są zanokcice, ropnie, ropowice ścięgien, zapalenia skóry; ponadto z powodzeniem można stosować kąpiel całkowitą przy furunkulozie. PH kąpieli z Zephirolu wynosi 7 — 6,8. Przy stałej ciepłocie 40° zwykła kąpiel mydlana wykazała przeciętnie PH — 7,4, po kąpieli zaś 7,3. Odpowiednie przeciętne PH kąpieli z nadmanganianu potasu wynosiły 7,0 — 6,8. Stosowany płyn kąpielowy miał odczyn słabo kwaśny. Badania bakteriologiczne wykazały, że kąpiel mydlana nie posiada żadnych własności bakteriobójczych albo zaledwie bardzo słabe, w kilku przypadkach kąpiel ta jeszcze przed zastosowaniem zawierała już drobnoustroje. Natomiast kąpiel z dodatkiem nadmanganianu potasu lub Zephirolu była jałowa zarówno przed jak i po użyciu, jednakże również i po tych kąpielach z niewątpliwym działaniem bakteriobójczym obserwowano początkowo poszczególne przypadki zapalenia skóry jako wyraz wtórnego zakażenia. Od czasu jednak, gdy autor zalecił wysuszanie kąpanej skóry na powietrzu, słońcu lub za pomocą fönu oraz zastosował niedrażniące opatrunki z maści ochronnej, powikłania te nie zdarzyły się już więcej. Opatrunek z maści nałożony na wykąpaną ranę nie powinien jednak być zbyt ścisły i nie powinien wysychać, zadanie jego polega tylko na ochronie brzegów rany, ponad to zastosowana maść ułatwia zdejmowanie opatrunku i chroni nowowytworzony brzeżny nabłonek przed zerwaniem lub zniszczeniem podczas zmiany przyklejonego opatrunku. Techniczne wykonanie miejscowej kąpieli chirurgicznej jest nadzwyczaj proste. Np. dla kąpieli rąk bierze się na 4 litry wody łyżkę stołową mydła szarego, wzgl. Zephirolu, wzgl. tyle kryształów nadmanganianu potasu aż roztwór zabarwi się na różowo. Kąpiel z nadmanganianu potasu stosuje się zwłaszcza przy ranach źle ukrwionych z niedostatecznym dopływem tlenu. Pod wpływem częstego stosowania tej kąpieli skóra staje się szorstka, twarda i popękana.

Dr O. ISSELHARD, Leverkusen.

LECZENIE ZWYKŁYCH ANGIN WSTRZYKIWANIAMI BIZMUTU.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1937, Nr 19).

Leczenie zwykłych nieswoistych angin wstrzykiwaniami preparatów bizmutowych pierwszy zastosował *A. Monteiro*. Następnie *Vaz de Mello*, *J. Marinho* i szereg innych autorów sprawdzili i potwierdzili skuteczność tego nowego sposobu leczenia. Autor leczył anginy za pomocą Casbisu (wodan bizmutu). Przeważnie wystarcza jedno jedyne wstrzyknięcie; w każdym razie na 60 leczonych przypadków ani razu nie zaszła potrzeba dokonania drugiego wstrzyknięcia. Jako przykłady pomyślnego leczniczego działania Casbisu autor przytacza w streszczeniu kilka historyj chorób:

1. Chora lat 40, bardzo nerwowa, skarży się na bóle przy łykaniu, gorączka 39°. Następnego dnia w porze obiadowej oba migdałki zaczerwienione i obrzmiałe, pokryte licznymi nie zlewającymi się nalotami. Gruczoły w kącie żuchwowym nieznacznie powiększone. Pod wpływem domięśniowego wstrzyknięcia 1,0 cm^3 Casbisu gorączka nazajutrz rano opadła do 37°, dolegliwości przy łykaniu ustąpiły prawie zupełnie. Chora nie odczuwała już żadnego bólu w gardle i mogła spokojnie przespać całą noc. Naloty w 24 godziny po wstrzyknięciu były jeszcze znaczne i być może powiększyły się nawet, pomimo że obrzmienie migdałków zaczęło się już wyraźnie cofać. Naloty ustąpiły dopiero w 28 godzin po wstrzyknięciu jednocześnie z ostatecznym spadkiem gorączki.

2. 12-letni chłopiec, bóle przy łykaniu, gorączka (mierzona w odbytnicy) wynosi 40°. W porze obiadowej 39,5°. Migdały bardzo obrzmiałe i usiane czopami ropnymi. Wstrzyknięcie 0,75 cm^3 Casbisu. Po 24 godzinach ciepłota prawidłowa, samopoczucie dobre. W 48 godzin po wstrzyknięciu obrzmienie migdałków ustąpiło prawie zupełnie, powierzchnia migdałków czysta, bez nalotów.

3. Chora lat 35, gorączka 38,5°, silne ropne zapalenie migdałków; 1 cm^3 Casbisu domięśniowo. Pomimo że chora nie stosowała się do udzielonych wskazówek i niepotrzebnie wstawała z łóżka, przebieg choroby był bardzo pomyślny. W ciągu 48 godzin migdałki oczyściły się, obrzmienie ustąpiło, chora może łykać bez bólu. W 24 godziny po wstrzyknięciu Casbisu utrzymywał się już tylko stan podgorączkowy.

4. 1½ roczny chłopczyk, w nocy niepokój, gorączka rano 40° (w odbytnicy). Matka dała choremu 0,1 g Pyramidonu. W południe 38,3°. Rozpoznanie: angina. 0,2 cm^3 Casbisu domięśniowo. Początkowo gorączka podnosi się do 40°, pomimo to dziecko w nocy spokojne. W 24 godziny po wstrzyknięciu dziecko bawi się w łóżku, przyjmuje pożywienie. Ciepłota 36,6°. Obrzmienie migdałków znacznie mniejsze, jedynie po lewej stronie niewielki nalot.

W 24 godziny po wstrzyknięciu bizmutu naloty na migdałkach nie rzadko jeszcze się nawet powiększają, pomimo że gorączka już zwykle opada i samopoczucie chorych poprawia się wyraźnie. Casbis wpływał pomyślnie również na przebieg nieżytowych zapaleń migdałków z niewysoką gorączką. Po upływie 24 godzin pacjenci mogli już powrócić do swych zajęć. Dawki Casbisu, potrzebne dla osiągnięcia wyleczenia, są przy tym zadziwiająco małe. Żaden

z dorosłych pacjentów nie otrzymał więcej niż 1 cm^3. Dzieciom wstrzykuje się odpowiednio mniej. Jako przeciwwskazania do stosowania bizmutu wymienia autor ciężką gruźlicę, znaczną niedomogę serca i zapalenie nerek (z wyjątkiem zapalenia ogniskowego). W przypadkach anginy Plaut-Vincenta wstrzykiwania bizmutu pozostają bez wpływu na przebieg choroby.

Dr DIMITRIEFF, Moerbeke - Kwilu (Kongo Belgijskie).

LECZENIE ZAPALENIA PŁUC.

(Referat według Rev. Progr. Thér., 1937, Nr 4).

Autor leczył 12 przypadków płatowego zapalenia płuc, 5 przypadków odoskrzelowego zapalenia płuc i 3 przypadki grypowych nieżytów oskrzeli za pomocą Omnadiny, którą wstrzykiwał aby wzmocnić siły obronne ustroju. W początkowym okresie zapalenia płuc z wysoką gorączką i t. d. wystarczało jedno jedyne wstrzyknięcie dla doraźnego przerwania choroby w ciągu pierwszych dwóch dni. Jednakże również i w przypadkach, w których autor przystępował do stosowania Omnadiny trochę później (w 2 dni od początku choroby), wstrzykiwania były również skuteczne i wyraźnie łagodziły i skracały przebieg choroby. Sprawa dotyczyła chorej, która nagle wśród dreszczy dostała wysokiej gorączki i kłucia w lewej połowie klatki piersiowej. Rozpoznanie: płatowe zapalenie płuc. Po wstrzyknięciu 2 cm^3 Omnadiny gorączka wynosiła wieczorem 39,8°, następnego dnia rano 38,6°, wieczorem 37,4°, w ciągu 3. dnia podniosła się ponownie z 36,7° (rano) do 38,8° (wieczorem), następnie po drugim wstrzyknięciu Omnadiny opadła już ostatecznie poniżej 37°. W 5. dniu choroby wszystkie objawy chorobowe (również szmery oddechowe i t. d.) zniknęły zupełnie. Oprócz Omnadiny stosowano jeszcze 0,25 chininy dziennie i okłady na klatkę piersiową, w 5. dniu pacjentka otrzymała 30 cm^3 rycyny. W 6. dniu pacjentkę można już było uważać za ostatecznie wyleczoną. W 5 innych przypadkach obraz choroby był bardzo podobny; u 2 chorych gorączka po jednym jedynym wstrzyknięciu Omnadiny przełomowo opadła i wszystkie objawy zapalenia płuc szybko ustąpiły. Trzej pozostali chorzy otrzymali po 2 wstrzyknięcia. W 6 przypadkach leczenie rozpoczęto dopiero w 3—5 dni od ujawnienia się choroby. Jeden z pacjentów, do którego wezwano autora w 4. dniu choroby, był w stanie rozpaczliwym, chory robił wrażenie straconego, nadzieje na ratunek były minimalne. Chory ten otrzymał ogółem 4 wstrzyknięcia Omnadiny, ponadto podawano 0,25 g chininy dziennie i w ciągu pierwszych trzech dni po 0,5 g Aspiriny. Gorączka obniżyła się już nazajutrz po pierwszym wstrzyknięciu Omnadiny, opadła jednak ostatecznie dopiero po 8 dniach.

Prof. dr **WIKTOR A. REKO**, Meksyk.

SZTUKA MUMIFIKACJI.

Nie tylko starożytni Egipcjanie lecz również i inne narody znały dobrze sztukę mumifikacji. Czasem sam rodzaj ziemi skutecznie chroni przed zniszczeniem zwłoki oddane jej na przechowanie. W niektórych miejscowościach szczególne warunki gruntu sprawiają, że pochowane zwłoki ulegają zmydleniu i zamieniają się jakby w wosk; zwłoki takie są odporne na działanie czasu i nie zmieniają się wcale nawet w ciągu długich stuleci. Tego rodzaju utrwalone zwłoki ludzkie znaleziono w Bremie i w Klosterneuburgu nad Dunajem pod Wiedniem.

Samoistna konserwacja zwłok pochowanych w ziemi w bliskości kopalń srebra lub ołowiu jest rzeczą powszechnie znaną. Tym też się tłumaczy, że z biegiem czasu w niektórych miejscowościach rozwinął się pewien szczególny zwyczaj chowania umarłych, który spotykamy np. w miasteczku górskim Guanajauto w Meksyku. W miasteczku tym istnieje jakby miejscowy panteon, w którym zmarli stoją w długim szeregu, oparci o ścianę, owinięci białymi prześcieradłami. Stoją oni tak w ciągu długich lat, aż wreszcie kruszą się i rozpadają i dopiero wtedy uprząta się te resztki do pieczary, znajdującej się na końcu starego korytarza klasztornego. W okolicach Guanajauto znajdowały się prastare kopalnie srebra; miasteczko było niegdyś niesłychanie bogate, tak że nawet wanny do kąpieli robiono tam ze srebra. Dzisiaj z całego tego przepychu zostało już bardzo niewiele. Po wyczerpaniu się kopalń srebra miasto zubożało, jednakże prastary obyczaj wydobywania po pewnym czasie zmarłych z ziemi i ustawianie ich w korytarzach klasztoru zachował się aż do dnia dzisiejszego.

W San Angelo koło Mexico-City oraz w Guadalajara w stanie Jalisco znajdują się podobne wystawy mumij; jest to dowód, że zwyczaj wydobywania zwłok z ziemi był, a może nawet jeszcze jest w Meksyku znacznie bardziej rozpowszechniony niż to się na ogół przypuszcza. 18. stycznia 1928 r. gazeta stolicy meksykańskiej „El Universal" ogłosiła protest przeciw ekshumacji w San Luis de la Paz w stanie Guanajuato, gdzie nie przestrzegano nawet przepisanego terminu 7 lat, w ciągu których zwłoki powinny bezwarunkowo pozostawać w ziemi. Korespondent uzależnia częste występowanie niektórych epidemji jak dur brzuszny, płonica itd. od tych przedwczesnych ekshumacyj.

Niezwykły sposób chowania zmarłych istnieje jeszcze obecnie na wyspie Tiburón, położonej naprzeciw meksykańskiego miasta portowego Guaymas. Wyspa ta (znana również pod nazwą Wyspy rekinów) jest zamieszkana wyłącznie przez Indian z plemienia Seri. Cudzoziemcy odwiedzają tę wyspę bardzo rzadko i są tam niemile widziani. W kwietniu 1925 r. miałem sposobność zwiedzenia tej wyspy. Indianie Seri są nadzwyczaj bojaźliwi. Powszechnie znane są ich strzały zatrute niesłychanie niebezpiecznym jadem. Kolor ich twarzy nie jest czarny, jak przeważnie opisują, lecz ciemno-brunatny jak Indian Yaqui. Język Seri wykazuje również pewne podobieństwo do języka Indian Yaqui. Kto zna język Yaqui może się na wyspie Tiburón łatwo porozumieć z miejscową ludnością. Wskutek utrzymującego się prawdopodobnie już od wielu wieków łączenia się wzajemnego w obrębie własnej rasy bez dopływu obcej świeżej krwi, Indianie Seri przedstawiają plemię zupełnie zdegenerowane. Są oni niskiego wzrostu, bardzo szczupli, słabowici. Skóra przylega mocno do kości, podczas gdy brzuch jest wielki i okrągły jak bęben. Oczy są bardzo wypukłe, twarze jak u zidiociałych dzieci. Groteskową brzydotę powiększa jeszcze dziwny zwyczaj wyrywania sobie wszystkich włosów. Prawie każdy mężczyzna ma na skórze liczne blizny po ranach odniesionych w walkach z rekinami, stanowiącymi ich jedyne zwierzęce pożywienie.

Indianie Seri nie chowają zmarłych w ziemi, lecz wystawiają ich początkowo na działanie palącego słońca przez czas tak długi, aż zwłoki ulegną zupełnemu wysuszeniu. Następnie umieszczają je w grocie znajdującej się na południowym końcu wyspy, nacierają je żywicą

i pozostawiają tam na stałe. Zmarłych ze względu na ich charakterystyczny wygląd nazywają Hita Teopuita, co znaczy srebrni, błyszczący. Wapienna bowiem woda ściekająca bezustannie ze stropu pieczary na zwłoki pokrywa z biegiem czasu zmarłych licznymi drobnymi, lśniącymi kryształkami, tak że wyglądają oni jak skamieniali.

Współczesna anatomia nie wykryła dotychczas sposobu, któryby umożliwił dłuższą konserwację zwłok, natomiast starzy Indianie znali pewną szczególną metodę preparowania zwłok (a zwłaszcza głów), tak że w ciągu bardzo długich lat nie zmieniały się one wcale. Obecnie ten sposób preparowania został w większości południowo-amerykańskich państw z łatwo zrozumiałych względów surowo zakazany, gdyż ludność miejscowa wytwarzała takie niezwykłe artystyczne preparaty wyłącznie ze zwłok cudzoziemców. Od czasu do czasu jednak udaje się zbieraczom zdobyć taki preparat. Np. konsul dr H. Stein podczas swej wyprawy do źródeł Amazonki nabył od tuziemców taką głowę i przywiózł ją do Europy. Głowa jest wielkości pięści, brunatnego koloru i ma żywy wyraz twarzy. Czarne jak smoła włosy mają prawie 60 cm długości. We włosy te są wplecione różnokolorowe ptasie pióra. Pomimo rozpowszechnionego poglądu, że ludność miejscowa zasadniczo nie preparuje w ten sposób głów swoich współplemieńców, typowa twarz Inków dowodzi, że przynajmniej w tym przypadku właśnie Indianin padł ofiarą tego zwyczaju. Zwłaszcza Inkowie opanowali w sposób mistrzowski sztukę preparowania takich głów ludzkich. Na szczególną uwagę zasługuje przy tym zadziwiający fakt, że preparowane głowy są zaledwie wielkości pięści. Części miękkie wyciągano z wnętrza czaszki przez usta i nos. Części kostne niszczono środkami żrącymi, po czym całą głowę poddawano ostrożnym zabiegom suszenia i kurczenia, tak że wyraz twarzy pozostawał zachowany z zadziwiającą dokładnością. Zamiast oczu wstawiano odpowiednio dopasowane kamienie agatowe, zaś zamiast zębów przeważnie zęby młodych psów. Całą główkę preparator powlekał nadzwyczaj trwałą, brunatnawą, mało błyszczącą powłoką laku. Związki służące do preparowania, które można wykryć w preparatach tego rodzaju, są prawie zawsze te same: sól kuchenna, saletra, ałun, czasem arszenik.

Poszczególne próby mumifikacji i konserwacji zwłok, które udawały się europejskim preparatorom, nigdy nie dawały trwałych wyników i sensacyjne zainteresowanie tymi sprawami przeważnie po krótkim czasie mijało. W większości przypadków wynalazcy nie zdradzali tajemnicy swej sztuki i zabierali ją ze sobą do grobu. *Blanchet* w Paryżu umiał nietylko utrwalać zwłoki na podobieństwo kamienia i przetwarzać je jakby w rodzaj marmuru, lecz wytwarzał preparaty tak doskonałe, że umarli robili wrażenie raczej ludzi śpiących. *Blanchet* wstrzykiwał podobno chlorek baru, a według innych siarczan cynku. Musiał on jednak znać jeszcze jakiś specjalny środek, którego nie ogłosił i który pozostał dotychczas tajemnicą. Nikomu bowiem po nim nie udało się dotychczas wytworzyć preparatów, które by utrzymywały się bez zmiany dłużej niż przez rok.

Konserwowanie i wystawianie zwłok w Meksyku z intencją wstrzymania na długie wieki naturalnego rozpadu jest jedną z tych zagadkowych wspólnych cech łączących Meksyk ze starożytnym Egiptem. Zarówno tu jak i tam widzimy kult mumij, zarówno tu jak i tam znajdujemy piramidy, które nawiasem mówiąc, zachowały się w Meksyku pomimo złego materiału budowlanego w znacznie większej ilości niż w Egipcie. Zarówno tu jak i tam znajdujemy hieroglify, te niezwykłe pisma obrazowe, których odcyfrowanie w Meksyku natrafia na razie na trudności nie do przezwyciężenia.

Wzory recept z Hydronalem

Rp. Hydronali 25,0
Carb. med. 15,0
M. f. p.
S. 3 razy dziennie w dawce na końcu noża.

Rp. Bismuti subnitrici
Hydronali
Eleosacch. foeniculi aa 15,0
M. f. p.
S. Zażywać w dawce na końcu noża.

Rp. Hydronali 50,0
Rhiz. Rhei pulv. 25,0
M. f. p.
S. Przy zaburzeniach trawiennych w dawce na końcu noża.

Rp. Extr. Belladonnae 0,2
Hydronali
Sacch. lact. aa ad 30,0
M. f. p.
S. 3 razy dziennie w dawce na końcu noża po jedzeniu.

Rp. Hydronali 1,0
Istizini 0,15
M. f. p. D. t. d. Nr. XII.
S. 1 proszek przy dolegliwościach trawiennych.

Rp. Acidi acetylosal.
Hydronali aa 0,5
M. f. p. D. t. d. Nr. XX.
3 razy dziennie po 1 (lub 2) proszki (Dla chorych z wrażliwym żołądkiem).

W gorączce, bólach, stanach zapalnych

Novalgin

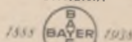
Antirheumaticum-Antineuralgicum

w reumatyzmie stawowym i mięśniowym, lumbago, rwie kulszowej.
Jako skuteczny środek przeciwgorączkowy stosuje się Novalginę w dawkach po 0,5 g.
Stosowanie doustne i w postaci wstrzykiwań (podskórnych, domięśniowych, dożylnych).
Novalgina nie wywiera żadnego działania napotnego.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

rurki po 10 tabletek à 0,5 g
opak. klin. „ 250 „ „ 0,5 g
ampułki do wstrzykiwań (roztwór 50%-owy)
pudełka po 5 i 10 amp. à 1 cm³
opak. klin. po 100 ampułek à 1 cm³
pudełka „ 5 i 10 „ „ 2 „
opak. klin. po 100 „ „ 2 „
pudełka „ 5 „ „ 5 „

»Bayer«
LEVERKUSEN n/R.
Wyłączne Przedstaw. na Rzeczpospolitą Polską
Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawa, Złota 7.



Do naskórnego leczenia jodowego

JOTHION

Doskonała wchłanialność, silne działanie również na warstwy głębokie, bezbarwność i brak własności drażniących — oto główne zalety Jothionu tłumaczące jego przewagę nad innymi preparatami jodowymi.

UWAGA: Gotową do użytku maść Jothionową w oryginalnych tubkach wytwarza w Polsce firma „MOTOR".

Opakowania oryginalne: Jothion purum (100%) w flakonach po 10 i 25 g dla receptury.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Dlaczego dzieci współczesne są większe niż dzieci przedwojenne?

Już od 20 lat liczni lekarze w kraju i zagranicą donoszą o zadziwiającym zwiększeniu się przeciętnego wzrostu i wagi dzieci szkolnych. Badania przeprowadzone w Lipsku na dzieciach kończących szkoły powszechne wykazały zmiany dochodzące przeciętnie u chłopców do 8,9 centymetra i do 8 kilogramów, a u dziewcząt do 11,6 centymetra i do 11,1 kilograma. Stwierdzone zmiany polegały nie tylko na zwiększeniu wzrostu i wagi dzieci, lecz również na głębokich przemianach całego przebiegu rozwoju. Wzrost i waga oraz dojrzałość cielesna (miesiączkowanie!) dzieci kończących obecnie szkoły powszechne, odpowiadają w porównaniu z czasami przedwojennymi dzieciom o 1¹/₂ do 2 lat starszym, czyli że dzieci współczesne dojrzewają znacznie wcześniej. Liczne spostrzeżenia wykazują, że znaczny odsetek dzieci dzisiejszych zaczyna samodzielnie chodzić już przed ukończeniem pierwszego roku życia, co dawniej zdarzało się stosunkowo rzadko; zarówno pierwsze jak i drugie ząbkowanie odbywa się znacznie wcześniej, przy czym zęby stałe wyrastają w przybliżeniu o pół roku wcześniej niż u dzieci przedwojennych; również mutacja głosu odbywa się już u dzieci młodszych; ponad to stwierdzono wcześniejsze dojrzewanie umysłowe dzieci wstępujących do szkół powszechnych. Autor uważa, że przyczyną tych zmian jest obecne obfitsze dostarczanie witamin małym dzieciom. Dawniej pożywienie zawierało wprawdzie odpowiednią ilość kaloryj, lecz wykazywało niedobór witaminy D (a być może również witaminy A); w związku z tym obserwowano bardzo liczne przypadki lekkiej a czasami nawet bardzo ciężkiej krzywicy. W ciągu ostatnich 25 lat częstość krzywicy zmniejszyła się nadzwyczajnie. Nawet w klinikach przypadki istotnie ciężkiej krzywicy należą obecnie do rzadkości. Skrzywienie kręgosłupa znaczniejszego stopnia, które dawniej tak często obserwowali lekarze szkolni i uzależniali je od „szkodliwych warunków szkolnych", zniknęły prawie zupełnie. Również i lżejsze kifozy lub skoliozy albo skrzywienia kończyn dolnych widzimy obecnie znacznie rzadziej. Ta wybitna poprawa budowy układu kostnego jest niewątpliwie związana ze zwiększonym dostarczaniem rosnącemu ustrojowi witaminy D. Autor uważa przy tym za obojętne, czy witaminę D podaje się w postaci zielonych jarzyn, przetworów mlecznych, tranu lub wreszcie Vigantolu, czy też wytwarzanie witaminy D następuje pod wpływem naturalnego lub sztucznego nasłoneczniania. W porównaniu z tymi istotnymi i ważnymi zmianami, inne czynniki mają mniejsze znaczenie; np. nieco obfitsze spożywanie witaminy A (pomidory!), która również wywiera wpływ na wzrost i rozwój, nie odgrywa według autora poważniejszej roli. Pytanie, czy to zwiększenie wzrostu i wagi dzieci należy uważać za objaw pomyślny, czy też niepomyślny, musi narazie pozostać bez odpowiedzi.

Dr E. W. Koch, Lipsk.

(Ztbl f. Landärzte 1936, Nr. 5).

Leczenie moczopędne.

Autor opisuje historię choroby pewnej pacjentki dotkniętej ciężką niedomogą serca z uporczywą skłonnością do zatrzymywania wody w ustroju i do znacznych obrzęków. Od maja 1932 chora bez prze-

rwy otrzymuje wstrzykiwania Salyrganu, którego działanie moczopędne wcale nie słabnie i nie wywołuje żadnych zaburzeń nerkowych.

Chora urodzona w roku 1881. 1893 — błonica. 1904 — dur brzuszny, 1907, 1909, 1913 i 1923 nawroty zapalenia wielostawowego, każdorazowo z poważnymi zaburzeniami sercowymi. Od tego czasu stopniowo wzmagające się objawy niewyrównania na tle zastawkowej wady serca. W 1932 roku ciężkie objawy daleko posuniętego niewyrównania z zupełną niezdolnością do pracy. Od czasu zastosowania leczenia Salyrganem chora odzyskała możność zajmowania się gospodarstwem domowym i odbywa, nawet bez dolegliwości, małe spacery trwające do 15 minut. Stan ogólny jest w chwili obecnej następujący: kobieta tęga, skóra blada, umiarkowana stała sinica warg i policzków, niewielkie obrzęki w okolicy kostek lub też zupełny brak obrzęków, w zależności od czasu, jaki minął od ostatniego wstrzyknięcia Salyrganu; wątroba niemacalna. W moczu czasem ślad białka, czasem białka nie stwierdza się wcale, w osadzie pojedyncze krwinki czerwone, wyraźnych wałeczków nie ma. Azot resztkowy (po trzykrotnym podaniu mocznika w dawkach po 40 g) 26,32 mg%. Serce znacznie powiększone na lewo, tony ciche, słabo słyszalne, niemiarowość całkowita, tętno w spokoju 124. Ciśnienie krwi 120/70—130/80.

Od maja do października 1932 r. chora otrzymywała tygodniowo po 4, następnie po 2 wstrzykiwania Salyrganu. Ponad to wstrzyknięto jej 42 razy dożylnie strofantynę. W dalszym przebiegu długotrwałej choroby pacjentka otrzymywała tygodniowo 2, czasem 3 zastrzyki Salyrganu po 2 cm³ oraz w dłuższych odstępach czasu naparstnicę lub strofantynę w cukrze gronowym itd. Tolerancja wstrzykiwań Salyrganu była doskonała, nie wywoływały one żadnych przykrych zaburzeń podmiotowych ani przedmiotowych. Natomiast próby zastosowania mocznika jako środka moczopędnego zawiodły, gdyż chora leku tego nie znosiła. Przeciętna diureza dobowa w dniach bez Salyrganu waha się około 1 litra. Po każdorazowym wstrzyknięciu Salyrganu ilość oddawanego moczu podnosi się do $2^1/_2$ — $3^1/_4$ litra. Stosowanie samej naparstnicy lub strofantyny diurezy nie zwiększa. 40 g mocznika wywołują taką samą diurezę jak 1 cm³ Salyrganu z tą jedynie różnicą, że działanie mocznika utrzymuje się przez 4 dni, a działanie Salyrganu wyczerpuje się już po 1 — $1^1/_2$ dniach. Dłuższe stosowanie mocznika było jednak niemożliwe, gdyż wywoływał on bardzo przykre dolegliwości. Podmiotowo chora czuła się najlepiej, gdy stosowano leczenie kombinowane, polegające na jednoczesnym wstrzykiwaniu Salyrganu, strofantyny i cukru gronowego.

Dla autorki nie ulega wątpliwości, że pacjentka zawdzięcza swój obecny stosunkowo dobry stan ogólny wyłącznie regularnemu stosowaniu Salyrganu.

Dr Maria Driest, Gollnow
(Ther. Ber. 1937, Nr. 1).

Spostrzeżenia nad miejscowym znieczulaniem otrzewnej przy operacjach brzusznych.

Autor omawia przebieg 125 operacyj brzusznych, wykonanych w znieczuleniu miejscowym. Po znieczuleniu miejscowym powłok brzusznych za pomocą 100 cm³ $^1/_2$%-owego roztworu Novocainy z dodatkiem Suprareniny, wlewa się do otwartej jamy brzusznej 300 cm³ 1,5‰-owego roztworu Pantocainy z dodatkiem Suprareniny. Osiągnięte znieczulenie trwa 2 — $2^1/_2$ godzin. W 72 przypadkach znieczulenie powyższe okazało się całkowicie dostateczne, u 53 chorych należało jeszcze zastosować uśpienie dodatkowe (eter lub Evipan-Natrium).

Dr Wegener, Akwizgran.
(Münch. med. Woch. 1937, Nr. 9).

Czy gorączka jako czynnik terapeutyczny przyczynia się do wyleczenia schorzeń zapalnych przydatków?

Yatren-Caseina jest to połączenie kwasu jodoksychinolinosiarkowego z kazeiną; preparat ten podnosi ciepłotę ciała i odznacza

się nieswoistym działaniem leczniczym. W przypadkach podostrego lub obostrzonego zapalenia przydatków stosuje się Yatren-Caseinę domięśniowo, przeważnie co drugi dzień. Jeżeli podwyższona ciepłota nie opada, to stosuje się wstrzykiwania również w dłuższych odstępach czasu. Wobec tego, że pierwsze wstrzyknięcie wywołuje czasem burzliwe objawy, autorka wstrzykiwała, zwłaszcza w okresie ostrym, 10 cm³ własnej krwi pacjenta, 2 cm³ Omnadiny i 1 — 2 cm³ Yatren-Caseiny (słabej); następnie dalsze leczenie kontynuowano za pomocą już samej Yatren-Caseiny w dawkach stopniowo wzrastających od 1 do 5 cm³; dawkę, która wywoływała zbyt gwałtowny odczyn ogólny, powtarzano.

Stosowane zwykle wstrzykiwania mleka wywołują często niepotrzebne burzliwe odczyny ogólne, wobec czego autorka uważa, że znacznie lepsze wyniki osiąga się za pomocą kombinowanego leczenia Yatren-Caseiną i mlekiem. Rozpoczyna się od wstrzykiwań Yatren-Caseiny (1 — 5 cm³), a następnie stosuje się domięśniowo przegotowane mleko (1 — 7, czasem do 10 cm³). W dwóch przypadkach po 10. wstrzyknięciu mleka doszło do objawów wstrząsu anafilaktycznego.

Dr Irma Teclová

(Čsl. Gin. 1936, Nr. 3).

Podskórna i doodbytnicza urografia jako uzupełnienie nowoczesnej metody rentgenowskiego badania urologicznego.

Autor opisuje historię choroby 7-miesięcznego chłopczyka, któremu wstrzyknął dwukrotnie po 50 cm³ 4%-owego roztworu Abrodilu pod skórę prawej i lewej piersi. Po 25 — 30 minutach otrzymano na zdjęciu rentgenowskim wyraźne pyelogramy, które umożliwiły rozpoznanie guza nerki. Operacja wykazała wrodzoną miedniczkową torbiel nerki i potwierdziła w ten sposób słuszność rozpoznania. Metodę urografii podskórnej za pomocą Abrodilu autor stosował z powodzeniem również u innych niemowląt i małych dzieci. Tolerancja wstrzykiwań podskórnych była bardzo dobra; nie wywoływały one żadnych powikłań, ani zaburzeń.

U dorosłych, u których wstrzykiwanie dożylne nie udawało się z powodu złych żył, autor stosował Abrodil per rectum i otrzymywał prawie tak samo dobre pyelogramy kontrastowe jak przy pyelografii dożylnej. Metodę tę stosował *Köhler* już w roku 1930. Technika pyelografii per rectum jest nadzwyczaj prosta, stosuje się następujący roztwór:

Rp. Abrodil	30,0
Aq. dest.	50,0
Tinct. opii simpl gtt. X	

Dr Th. Canigiani,
Szpital Franciszka Józefa w Wiedniu.
(Osterreich. Arzt. 1936 Nr. 7).

Nowe biologiczne metody badania środków dezynfekcyjnych.

Przy badaniu siły odkażającej środków dezynfekcyjnych metodą *Pescha* stosuje się jako materiału, na którym umieszcza się zarazki, groch lub soczewicę. Ziarna grochu wkłada się przy tym do zakażonego bulionu, tak że zarazki mogą przeniknąć w zewnętrzną warstwę grochu, następnie zastępuje się bulion badanym środkiem dezynfekcyjnym i w określonych odstępach czasu przenosi się po jednym ziarnie grochu do jałowego bulionu. Metoda powyższa pozwala również na wyciągnięcie wniosków o działaniu na warstwy głębokie. Najlepszym środkiem dezynfekującym okazał się Zephirol, który w rozcieńczeniu 1 : 100 przy 20° zabijał po upływie godziny wszystkie ziarenkowce znajdujące się w grochu lub soczewicy. W doświadczeniach bez grochu, bakterie ginęły w roztworze 1 : 1000 przy 20° już po 10 minutach. W rozcieńczeniach 1 : 200 i 1 : 400 ziarnka soczewicy okazywały się jałowe po 3 godzinach a ziarna grochu dopiero po 8 godzinach.

Prof. H. Kliewe i *R. Hoch*, Giessen
(Zschr. d. Desinfek. Lab. 1936. Nr. 10).

Leczenie nieżytu pęcherza moczowego.

Sprawa dotyczy chorego, który cierpi na nieżyt pęcherza moczowego już przeszło 4 lata. Badanie bakteriologiczne ropnego o-

sadu wykazało, że przyczyną nieżytu było zakażenie laseczników okrężnicy. Od 1932 roku chory leczył się przez długi czas u specjalisty-urologa. Wobec bezskuteczności dotychczasowej terapii pacjent zwrócił się w 1934 r. do innego lekarza, który stosował różne wewnętrzne leki odkażające, wstrzykiwania, autoszczepionkę,—wszystko jednak bez wyniku.

W październiku 1935 r. pacjent zwrócił się do mnie z powodu zupełnie innego cierpienia i przy sposobności zapytał się mnie, czy jego choroba pęcherzowa jest już zupełnie beznadziejna i czy nie można jednak coś poradzić na jego dolegliwości. Zaleciłem mu tytułem próby Prontosil. Wynik okazał się wprost zdumiewający. Mocz bardzo mętny i zawierający liczne leukocyty już po kilku dniach stał się zupełnie przezroczysty, nie zawierał ani bakteryj ani ciałek ropnych. Chory przyjmował 3 razy dziennie po 1 tabletce, ogółem zużył 20 tabletek. Osiągnięte wyleczenie utrzymuje się bez zmiany już od 6 miesięcy.

Dr Sior, Darmstadt.

(Ther. Ber. 1937. Nr. 1).

Leczenie róży.

Autor opisuje 2 przypadki róży nadzwyczaj pomyślnie leczone Prontosilem i wykazujące w przekonywujący sposób doskonały wpływ tego preparatu na przebieg róży:

1. 7-miesięczne niemowlę. W związku z rozdrapanym owrzodzeniem po ospie wietrznej wystąpiły objawy wędrującej róży, która objęła nogi, plecy i brzuch. Stan dziecka był wprost rozpaczliwy, robiło ono wrażenie umierającego. Gorączka wahała się od kilku dni około 41°. Lekarz, który poprzednio opiekował się dzieckiem, zalecił proszki z Chininum tannicum, lecz dziecko proszków tych nie znosiło i przeważnie wymiotowało. Autor zalecił początkowo smarowania z siarki dziegciowej z kolodium, lecz zupełnie bez skutku. Dopiero wówczas podał umierającemu dziecku doustnie 4 razy dziennie po $^1/_2$ tabletki Prontosilu. Wynik okazał się zdumiewający: gorączka opadła przełomowo i po 3 dniach dziecko przeszło już w stan rekonwalescencji. Niebezpieczeństwo tak poważnie grożące życiu można było uważać za usunięte. Sprawa zakończyła się zupełnym wyleczeniem. Dziecko znosiło Prontosil bardzo dobrze i nie wymiotowało. Nie stwierdzono również jakichkolwiek innych objawów niepożądanego działania ubocznego. Raz lub dwa razy rodzice podali tylko 3 razy dziennie po $^1/_2$ tabletki.

2. 37-letnia kobieta. Róża wędrująca powstała z otwartej przetoki zapalenia szpiku kostnego. Początkowo leczono chorą w ciągu 13 dni różnymi środkami przeciwgorączkowymi i wzmacniającymi krążenie. Wobec tego, że w 14. dniu choroby stan chorej ciągle jeszcze był bardzo groźny i rokowanie nadal wydawało się niepewne, zaleciłem przy gorączce 40,7° Prontosil doustnie w dawce 3 razy dziennie po 1 tabletce. Jeszcze w tym samym dniu gorączka obniżyła się do 37,4°. Następnego dnia ciepłota znowu podniosła się nieznacznie, wobec czego zaleciłem stosowanie przez 6 dni naświetlań czerwonymi promieniami oraz zwiększyłem dawkę Prontosilu do 3 razy dziennie po 2 tabletki. Ciepłota obniżyła się wówczas do 36,4° i utrzymywała się stale na tym poziomie. Gdy na jeden dzień leczenie przerwano, ciepłota znowu podniosła się do 37,9°. Zaleciłem w związku z tym przyjmowanie Prontosilu 3 razy dziennie po 1 tabletce przez 6 dni, co doprowadziło wreszcie do ostatecznego wyleczenia bez nawrotów.

Dr K. Dreier.

(Ther. Ber. 1937. Nr. 2).

Prontosil.

Chory cierpi na uporczywą, powoli postępującą martwicę ścięgna wyprostnego na podudziu. Już po 3. domięśniowym wstrzyknięciu Prontosilu sprawa chorobowa zatrzymała się w swym rozwoju. Po 6. wstrzyknięciu zgorzelinowe ścięgno oddzieliło się od otaczających tkanek i po bardzo krótkim czasie rana zagoiła się zupełnie. Autor zwraca ponad to uwagę, że już podczas leczenia Prontosilem samopoczucie poprawiło się tak szybko i tak znacznie, że

chory nie odczuwał już żadnych bólów i odzyskał apetyt. Stan odżywiania, bardzo poprzednio upośledzony, również poprawił się nadzwyczaj prędko. Doustne podawanie tabletek jednocześnie ze stosowaniem wstrzykiwań znacznie zwiększało skuteczność leczenia.

Dr R. Luchs. Ingolstadt.
(Ther. Ber. 1937 Nr. 1).

Wykrywanie i znaczenie tyrozyny w moczu.

Autor opisuje własną metodę wykrywania tyrozyny w moczu. Metoda jest łatwa. czuła i prawie bezwzględnie swoista. Tyrozynę strąca się z moczu alkoholem, a następnie wykrywa mikroskopowo lub chemicznie. Odczyn *Millona* jest przeważnie wyraźnie dodatni w tych przypadkach, w których znajdujemy kryształy tyrozyny, jednakże czułość metody mikroskopowej jest większa. Przy pewnym doświadczeniu rozpoznanie charakterystycznych kryształów tyrozyny jest łatwe. Jedynie przy znacznej zawartości chlorków i białka strącamy uprzednio te związki jednakową ilością alkoholu i dopiero po drugim strąceniu dwiema częściami alkoholu z dodatkiem niewielkiej ilości octu lodowatego badamy przesącz mikroskopowo na obecność tyrozyny. Wydzielanie tyrozyny w ciągu następnych godzin jeszcze się zwiększa. Tyrozyna łącznie z leucyną należą do autolitycznych związków gnilnych moczu. Tym się tłumaczy okoliczność, że związki te często znajdujemy jednocześnie, zwłaszcza w przypadkach kamicy żółciowej i przerzutów raka do wątroby. Jednakże leucynę w osadzie alkoholowym możemy przeważnie wykryć później niż tyrozynę. Pomimo że tyrozyna i leucyna nie są patognostyczne dla żadnej choroby, to jednak wykrycie ich w moczu za pomocą łatwej metody *Weissa* przemawia ogólnie za obecnością w wątrobie stanu zwyrodnienia.

Dr M. Weiss, Wiedeń.
(Klin. Wo. 1936 Nr. 15).

Myelosis funicularis.

Skuteczne leczenie myelozy powrózkowej wymaga bezwarunkowo stosowania bardzo dużych dawek wątroby lub wyciągów wątrobowych. Autor stosuje Campolon 3 razy tygodniowo, w przeciętnej dawce ogólnej 20 — 30 cm³. Te duże dawki Campolonu należy w razie potrzeby wstrzykiwać choćby przez szereg miesięcy aż do osiągnięcia możliwie jaknajwiększej poprawy klinicznej. Obliczanie ilości krwinek czerwonych nie przedstawia dostatecznego probierza dla oceny stopnia poprawy. Jeżeli dalsza poprawa już nie postępuje i wydaje się niemożliwą do osiągnięcia, podajemy wątrobę surową lub wstrzykujemy domięśniowo 5 cm³ wyciągu co 2 — 3 tygodnie. Stosowanie wyciągów z żołądka lub mózgu, wielkich dawek żelaza, witaminy B i kwasu solnego nie dawało zadowalających wyników leczniczych.

Dr W. Russel Brain, Londyn.
(Brit. med. Journ. 1935, Nr. 3908).

Leczenie ospy wstrzykiwaniami wątroby.

Wstrzykiwania wyciągów wątrobowych (Campolonu) skracają czas trwania ospy, zmniejszają natężenie wykwitów skórnych i chronią w związku z tym przed zeszpeceniem, jakie mogłyby wywołać duże i liczne blizny. Stosowanie wątroby łagodzi w znacznym stopniu objawy toksyczne, wpływa pomyślnie na stan ogólny i samopoczucie chorych i skutecznie zapobiega wytwarzaniu się najczęstszych powikłań, jak ropnie, zapalenia żył, zakrzepy itd.

Leczenie polega na codziennym domięśniowym (dopośladkowym) wstrzykiwaniu Campolonu aż do czasu wyschnięcia strupów. W ciągu pierwszych 2 — 3 dni wstrzykuje się po 5 cm³, następnie po 2 cm³ dziennie

Dr V. Govindan Nair, Vizagapatem.
(Journ. Christ. Med. Ass. Ind. 1935, tom 10, Nr. 5).

Leczenie upławów.

W przypadkach nieżytu pochwy na tle zakażenia trichomonadami upławy są pieniste i żółte. Autor zaleca pacjentkom zakładanie wieczorem Deveganu do pochwy i stosowanie płukania rano. Skuteczność tego leczenia była znakomita. Po upływie tygodnia ani w jednym przypadku nie stwierdzono obecności trichomonad. Leczenie należy stosować bez przerwy aż do zniknięcia upławów i powtarzać po miesiączkowaniu.

Dr J. Marshall, Lock Hospital, Londyn.
(Lancet 1936, Nr. 5872).

Nieżyt pochwy na tle zakażenia trichomonadami.

Gosselin zaleca dla leczenia nieżytu pochwy wywołanego przez zakażenie trichomonadami, Devegan i Yatren 105 w pigułkach. W wielu przypadkach Yatren w pigułkach sprowadzał trwałe wyleczenie. Większość pacjentek wolała jednak Devegan, którego stosowanie jest czyściejsze niż pigułek Yatrenu. *Gosselin* wobec tego zaleca zawsze zaczynać od Deveganu i zwracać się do Yatrenu jedynie w tych rzadkich wypadkach, w którychby działanie lecznicze Deveganu zawiodło. Ze względu na częste występowanie trichomonad w moczu wskazane jest jednoczesne stosowanie środków odkażających drogi moczowe. Dla ochrony przed nawrotami wskazane iest stosowanie 8-dniowego leczenia zapobiegawczego co 3 lub 4 miesiące.

Dr O. Gosselin, Leodium.
(Liège méd. 1935. Nr. 33).

Stosowanie Icoralu podczas operacji w przypadku porażenia serca i oddechu.

20-letnią pacjentkę uśpiono chloroformem dla wyrwania wszystkich zębów. Nagle chora przestała oddychać; jednocześnie tętno znikło zupełnie, tonów serca wcale nie było słychać. Sztuczne oddychanie, masaż i strychnina pozostały bez wpływu na ten rozpaczliwy stan. Wówczas autor wstrzyknął powoli Icoral do lewej komory sercowej, nie zaprzestając przy tym dalszego masażu przepony. Po upływie minuty można już było wyczuć słabą falę tętna. Przy dalszym stosowaniu sztucznego oddychania powróciła również i czynność oddechowa. Po krótkim czasie stan ogólny poprawił się do tego stopnia, że autor uważał za możliwe dokończyć rozpoczęty zabieg z tą jedynie różnicą, że zamiast chloroformu zastosował eter.

Dr A. A. Massen, Sheffield.
(Brit. Med. Journ, 1936. Nr. 3933).

Obrzmienia stawowe pochodzenia wewnątrzwydzielniczego.

Podłożem cierpień stawowych mogą być również zaburzenia czynności gruczołów wydzielania wewnętrznego. *Payr* odróżnia zaburzenia stawowe powstające na podłożu niedomogi lub nadczynności tarczycy, następnie na tle niedomogi jajników lub przysadki i wreszcie wskutek zaburzeń czynności przytarczyczek. Autor omawia historię choroby 36-letniej kobiety, która już od długiego czasu cierpiała na obrzmienia stawów rąk i stóp. Obrzmienia te zwiększały się w okresie miesiączkowania, znikały natomiast podczas 4 ciąży. Badanie próbnego wycinka ze stawu dłoniowego wykazało reumatyczny charakter cierpienia. Wobec tego, że autor uzależnił powstawanie objawów chorobowych od niedomogi jajnikowej, przystąpiono do swoistego leczenia hormonalnego. Chorej wstrzykiwano codziennie przez 34 dni po 10.000 jednostek mysich follikuliny. Pod wpływem tej kuracji obrzęki stawowe ustąpiły prawie zupełnie i nie pogarszały się następnie również podczas miesiączkowania. Pacjentka odzyskała zdolność do pracy.

Dr Beyer, Klin. Wew. w Lipsku.
(Münch, Med. Wschr. 1935, Nr. 48).

Stosowanie Pellidolu w praktyce chirurgicznej.

Autor stosuje Pellidol już od wielu lat i osiąga z jego pomocą doskonałe wyniki lecznicze. Pellidol sprzyja zabliźnianiu się ubytków tkankowych we wszelkich ranach, owrzodzeniach, a zwłaszcza w owrzodzeniach podudzia, powstałych na podłożu żylaków i odpornych na różne inne zabiegi lecznicze. Również i rany z wielkimi ubytkami tkankowymi reagują pomyślnie na Pellidol. Następnie różne uszkodzenia i pęknięcia skóry, błon śluzowych i brodawek piersiowych, odmrożenia i inne zaburzenia odżywcze wywołane działaniem zimna, ostre, a zwłaszcza przewlekłe wilgotne i suche wysypki, swędzenie, pryszczyca sromu i odbytnicy, uporczywe pryszczyce w fałdach skóry itd. ustępowały szybko pod wpływem maści zawierających Pellidol. Oto wzór jednej z doskonałych maści pellidolowych:

Rp.	Lanolini.	
	Vazelini	aa 25,0
	Zinci oxydati	10,0
	Ichtyoli	1,0
	Extr. fl. Hamamelis virginicae	1,0
	Pellidoli	0,5 — 1,0

W przypadkach oparzeń 2%-owa maść pellidolowa stosowana na przemian z 5%-owym talkiem pellidolowym szybko sprowadza wyleczenie. Przy oparzeniach 2%-owa maść pellidolowa z wazeliną zastosowana po usunięciu strupów i otworzeniu pęcherzy, wpływa również wybitnie pomyślnie na przebieg choroby. W ogóle Pellidol nadaje się doskonale do wtórnego leczenia oparzeń. W porównaniu z innymi środkami Pellidol odznacza się tą zaletą, że wytwarza skórę giętką i odporną, nie podlegającą tak łatwo uszkodzeniom lub popękaniom. Pellidol przyspiesza nowotworzenie skóry, nie wywołując jednak przy tym, jak to często czynią inne preparaty, rozległych przykurczów bliznowych. Przy oparzeniach okolic obficie unerwionych autor stosuje Pellidol z dodatkiem 5 — 10% Anaesthesiny (przeciw bólom). Blizna na ręku po ciężkim uszkodzeniu wskutek wybuchu, leczona Pellidolem, miała wygląd zadawalający również i z kosmetycznego punktu widzenia.

Dr H. Angelis, Buenos Aires.
(Referat według Sem. Med. 1936, Nr. 38).

Stosowanie i dawkowanie Orasthiny w praktyce położniczej.

Rabau stosuje w okresie rozwierania w półgodzinnych odstępach czasu naprzemian 1 jednostkę Vögtlina Orasthiny i 0,3 g chininy; oba preparaty autor podaje po 3 razy. Autor stosował to postępowanie podczas 50 porodów i osiągał bardzo pomyślne wyniki. Szczególnie skuteczna była Orasthina w przypadkach pęknięcia pęcherza. Również i w okresie wydalania Orasthina wpływa bardzo pomyślnie na przebieg porodu. Gdy główka była już w głębi widoczna a bóle słabły, autor wstrzykiwał podskórnie 3 jednostki Vögtlina. Po 5 — 8 minutach rozpoczynały się silne miarowe bóle, które przeważnie szybko prowadziły do zakończenia porodu. Orasthina wcale nie zwiększa ciśnienia krwi, wobec czego można ją stosować również w nefropatiach z nadciśnieniem tętniczym i w rzucawce porodowej. Głównym wskazaniem do stosowania Orasthiny jest jednak okres poporodowy (ciężkie krwawienie atoniczne przed i po odłączeniu łożyska), zwłaszcza w przypadkach, w których dotychczas wstrzykiwano wyciągi przysadkowe dożylnie. U 150 pacjentek Orasthina natychmiast wywoływała bardzo mocne skurcze mięśnia macicznego i doraźnie tamowała krwawienie i to nawet w tych przypadkach, w których łożysko jeszcze się nie odłączyło. W wielu przypadkach autor wstrzykiwał dożylnie w okresie poporodowym 8 jednostek Vögtlina. U 9 pacjentek dożylne wstrzyknięcie Vögtlina podczas dokonywania operacji cięcia cesarskiego wywołało tak silny skurcz macicy, że można było operować prawie zupełnie bez krwawienia ze ścian przeciętej macicy.

Dr E. Rabau.
Oddział Położniczy Szpitala Moabit w Berlinie.
(Referat według Med. Welt 1931, Nr. 4).

Ropne zapalenie opłucnej u niemowląt i małych dzieci.

Przy leczeniu ropnego zapalenia opłucnej u małych dzieci wchodzą w rachubę następujące metody: nakłucie, przepłukiwanie $^1/_2$%-owym roztworem optochiny, taurocholanem sodu, Rivanolem itp. Dla rozrzedzenia ropy wprowadza się do jamy opłucnowej mieszaninę pepsyny z kwasem bornym. Autor zaleca domięśniowe wstrzykiwania 5 — 20 cm^3 krwi co 2 — 3 dni. W przypadkach prognostycznie niepomyślnego ropnego zapalenia opłucnej u niemowląt, które często występuje jako objaw przerzutowy posocznicy paciorkowcowej, autor stosuje z bardzo dobrymi wynikami codzienne domięśniowe wstrzykiwania Prontosilu w dawkach po 5 cm^3 (ewentualnie wchodzi tu jeszcze w rachubę torakotomia).

Dr Paffrath, Solingen.
(Med. Klin. 1936 Nr. 29).

Przypadek wyleczenia ziarnicy złośliwej.

Autor omawia historię choroby pacjenta dotkniętego ziarnicą złośliwą. Sprawa przebiegała z okresowo występującą wysoką gorączką. Wstrzykiwania salvarsanu pozostały bez wyraźnego wpływu na stan chorego, natomiast konsekwentne długotrwałe domięśniowe wstrzykiwania Prontosilu oraz doustne przyjmowanie Prontosilu w tabletkach doprowadziły do ustąpienia gorączki, obrzmienia gruczołów, limfopenii i eozynofilii.

Prof. dr K. Bingold,
Klin. Chor. Wewn. w Norymberdze.
(Münch. med. Woch. 1935, Nr. 22).

W ostatniej chwili dowiadujemy się, iż znane zakłady »**Bayer**« otrzymały na tegorocznej Międzynarodowej Wystawie w Paryżu za swe wyroby chemiczno-farmaceutyczne szereg wysokich odznaczeń m. in. „Grand Prix“ za preparat Prontosil, stanowiący ogromny postęp w dziedzinie współczesnych środków do zwalczania zakażeń streptokokowych.

Redakcja.

KURS DOKSZTAŁCAJĄCY DLA LEKARZY.

Instytut Radowy im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, przy współudziale Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu im. Józefa Piłsudskiego, urządza dla lekarzy kurs dokształcający z dziedziny nowotworów złośliwych. Kurs, organizowany z zapomogą z Fundacji im. Jakóba hr. Potockiego, trwać będzie około 2 tygodni. Ma on się odbyć w drugiej połowie stycznia 1938 roku i będzie obejmował wykłady oraz zajęcia praktyczne.

Wkrótce podane będą w prasie lekarskiej bliższe szczegóły, dotyczące czasu trwania i programu kursu.

Redaktor
Mgr Stefan Sabiniewicz

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA“
E. Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Złota nr 7. Skrzynka pocztowa nr 748
Cena prenumeraty rocznej zł 6. półrocznej zł 3.
Odbito w drukarni Wzorowej, Warszawa, ul. Długa 20.